

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TATIANA FRAGA DALMASO

**PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS NA INTERFACE DA SAÚDE COM A
SEGURANÇA PÚBLICA: CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS
DE LIBERDADE**

Porto Alegre

2017

TATIANA FRAGA DALMASO

**PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS NA INTERFACE DA SAÚDE COM A
SEGURANÇA PÚBLICA: CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS
DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
(Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Dalmaso, Tatiana Fraga
PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS NA INTERFACE DA SAÚDE COM A
SEGURANÇA PÚBLICA: CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES
PRIVADAS DE LIBERDADE / Tatiana Fraga Dalmaso. --
2017.
126 f.

Orientadora: Dagmar Elisabeth Estermann Meyer.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Saúde Coletiva. 2. Território(s). 3. Cuidado em
Saúde. 4. Mulheres Usuárias de Drogas. 5. População
Privada de Liberdade. I. Meyer, Dagmar Elisabeth
Estermann, orient. II. Título.

TATIANA FRAGA DALMASO

**PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS NA INTERFACE DA SAÚDE COM A
SEGURANÇA PÚBLICA: CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS
DE LIBERDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
(Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: _____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Jeane Félix da Silva
UFPB

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico
UFRGS

Prof^ª. Dr^ª. Maria Gabriela Curubeto Godoy
UFRGS

Dedico este trabalho às mulheres prisioneiras da injusta e perversa *Guerra às Drogas*, que têm (sobre)vivido no sistema prisional. Se me fosse possível, não deixaria nenhum sujeito privado de liberdade. Nascemos para ser livres. Dedico também a todas as pessoas que acreditam em uma sociedade mais justa. Continuem a lutar com amor, força, resistência, enfrentamentos, intervenções diretas, subversões. Não há transformação sem luta.

AGRADECIMENTOS

Não é sobre chegar no topo do mundo
Saber que venceu
É sobre escalar e sentir
Que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo
Em todas as situações

....

(Ana Vilela, Trem-Bala)

Estes agradecimentos são sobre encontros. Sobre compartilhar a vida, incluindo nela, o percurso do mestrado. Começo pelo princípio: mãe e pai, obrigada por desde pequena me ensinarem a olhar para o lado, a ver que a vida não se restringe ao nosso lar. Olhando para a grandeza do mundo aprendi a me inquietar com tantas desigualdades e injustiças. Aprendi que é necessário lutar, resistir, seguir o contra-fluxo. O apoio incondicional de vocês me permite sonhar e lutar por aquilo que acredito. Amo vocês com toda força do meu coração.

Dani, minha irmã, quem tão bem conhece meu melhor e meu pior. Agradeço-te pela convivência nesses anos todos e em especial pela parceria nos momentos difíceis do mestrado. Obrigada pela possibilidade de eu me reinventar na nossa relação. Já não somos mais as mesmas e a cada dia te admiro mais.

Gratidão ao *chinaredo*: Mari, Dani, Fê, Cauê, Rê, Celinda, Dodô, Malvi, Baby, Natalinha, pela oportunidade de viver uma construção autônoma e coletiva. Aquelas que me acompanham há mais de quinze anos e as chinas/no que a vida foi me presenteando aos poucos, o amor foi chegando a conta-gotas, nutrindo e dando sentido à minha existência. Parafraseando Tolstoi “se queres ser universal, começa por pintar a tua aldeia”. Vivemos em ato muitas teorias revolucionárias e com vocês aprendi a potência do afeto como elemento de transformação. Nessa jornada quando tudo parecia não fazer sentido, eu me resgatava em vocês!

Ao *brejo sapatônico*: Gabi, Xanda, Diny, Isabel, Dina, Mel, Cá, agradeço pelas aprendizagens cotidianas. Com vocês vivencio as delícias e as durezas de ser livre para amar. Obrigada por deixarem “a identidade” de lado e me acolherem no grupo: “Eu não sei vocês, mas eu sou sapatão!”.

Agradeço à tia Renata pelos almoços de sexta-feira. Além das comidas deliciosas, nesses encontros, ao estar entre amigos eu também nutri a alma. Quel e tia, nos momentos

difíceis vocês foram acolhida, as palavras e o apoio de vocês me deram força para vencer as dificuldades do mestrado. Quel, minha irmã de coração, te admiro imensamente, és um exemplo de mulher forte e guerreira. Foste um presente que a vida me deu!

Paulinha, minha flor irmã. Agradeço ao universo por sempre cruzar nossos caminhos. Começou com a residência multiprofissional, depois a especialização em saúde pública, trabalhar na mesma instituição, dividir um lar, construir a Aldeia... e como se não bastasse, andamos lado a lado no percurso do mestrado, o que deixou a caminhada muito mais divertida! Dividi contigo tensões, medos, inseguranças, mas também retiros para escrita, pedaladas, manhãs de música, lindas conversas, almoços feitos a quatro mãos... Nossa relação é alicerçada no amor, no respeito, no companheirismo, nas coisas leves e prazerosas da vida. Obrigada por estar sempre ao meu lado.

Ernani, meu companheiro, *gracias* por tudo. Pelo “empurrãozinho” no dia da prova seletiva do mestrado, quando eu quis desistir antes mesmo de tentar. Em muitos momentos foste a minha dose de motivação, em outros, literalmente, me pegaste pela mão e me tiraste da cama. Tu agiste nos bastidores e foi fundamental para que eu chegasse aqui hoje. Nosso amor e companheirismo é alicerce para os pequenos e grandes desafios da vida, juntos somos mais fortes. Obrigada por compartilhar sonhos e estar ao meu lado para realizá-los.

Às trabalhadoras, aos trabalhadores, às usuárias e aos usuários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre agradeço pelas trocas e aprendizagens diárias. Aos colegas do Serviço de Educação Física e Terapia Ocupacional em especial, com os quais compartilho o *trabalho em ato* há quase dez anos. No fazer cotidiano, a potência das minhas ações se multiplica junto a vocês.

Marta Júlia, agradeço-te por ter iniciado esta caminhada comigo. Damico, Gabriela e Jeane obrigada pelo olhar atento ao meu trabalho, pelas contribuições desde a banca de qualificação. Espero continuar a encontrá-los em outros espaços da vida!

Ao grupo de orientandas/dos, Silvia, Jamile, Mabel, Pati, Cadu, Catha, Olivia, Elaine, meu muito obrigado: pela leitura atenciosa de meus escritos e pelas valiosas sugestões. Por terem compartilhado comigo os seus processos, com os quais aprendi muito. Essa foi, sem dúvida, a estratégia mais potente de orientação que vivenciei. Estar aqui é, também, resultado dos nossos encontros.

Dagmar, minha orientadora, as palavras parecem não serem suficientes para te agradecer. Primeiramente, obrigada por me acolher no meio do caminho, tu foste a certeza de que eu não estava sozinha nessa caminhada. Obrigada pelas orientações, pelo colo em momentos tensos, pelas palavras de incentivo, pelas inúmeras leituras das minhas escritas. É

de impressionar o cuidado que tu tens com as tuas orientandas, o respeito e o empenho com que se dedica aos nossos trabalhos. Tu és uma orientadora impecável. Serei para sempre grata a ti e à vida por ter me presenteado com a oportunidade de ter sido tua orientanda.

À Frente Estadual Drogas e Direitos Humanos (FEDDH-RS), coletivo de luta e resistência, agradeço pelas oportunidades de ações, intervenções e trocas de ideias. Este grupo reúne guerreiras/ros que diariamente contribuem para a efetivação o cuidado em liberdade para as pessoas que usam drogas. Em especial agradeço à Elis, companheira da FEDDH-RS para a vida, saibas que admiro a tua garra e leveza no modo de tocar a vida.

Agradeço à Susepe e às trabalhadoras e aos trabalhadores da penitenciária que viabilizaram a realização desta pesquisa; em especial, à equipe de saúde por me receber, compartilhar comigo o cotidiano de trabalho e se disponibilizar a “trocar ideias”. O território prisional é tenso e pesado para todos os seus sujeitos, suas grades e muros não prendem apenas as mulheres prisioneiras. Admiro vocês por aceitarem o desafio diário de buscar garantir o direito à saúde para a população prisional.

Agradeço às trabalhadoras da Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, no Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual Saúde, Renata e Sônia, pelo espaço oportunizado que possibilitou a minha inserção nas oficinas junto às mulheres prisioneiras. Às residentes em saúde e às/aos estagiárias/os, Gabi(s) e Bry que foram parceiras/os neste projeto. Em especial à Aline, companheira nas tardes de segunda-feira, com quem dividi o anseio de entrar na prisão e produzir, mesmo em pequenos atos, *escapes de vida* para algumas mulheres prisioneiras.

Às mulheres privadas de liberdade que dividiram comigo as tardes de segunda-feira e os encontros passageiros na UBS, agradeço por cada momento compartilhado. Com vocês aprendi sobre as durezas de (sobre)viver na prisão. Mas também pude ver que a vida, a solidariedade, o companheirismo teimam em (r)existir, mesmo em locais tão perversos como as instituições prisionais. Que a liberdade chegue para todas nós, mulheres, pois são muitas as amarras que nos prendem.

RESUMO

Esta dissertação inscreve-se no Campo da Saúde Coletiva, tem como tema o direito à saúde para a população privada de liberdade e foi realizada em uma instituição penitenciária feminina no estado do Rio Grande do Sul. É um estudo qualitativo, descritivo, cujo objetivo geral é analisar como a penitenciária se constitui território de saúde na interface entre saúde e segurança pública. Buscou-se também compreender como, no contexto desse território, define-se e implementa-se o cuidado em saúde e, de forma específica, o cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas. Para a produção do material empírico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com doze trabalhadoras/res integrantes da equipe de saúde da instituição, a observação do cotidiano desta equipe e a produção de um diário de campo no qual foram realizadas anotações referente às observações e também à vivência da pesquisadora em um projeto desenvolvido com mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. A leitura em profundidade desse conjunto de textos - entrevistas e diário de campo - possibilitou a criação de duas unidades analíticas: a saúde e o território-prisão e o cuidado em saúde para mulheres privadas de liberdade. Operou-se com alguns conceitos como ferramentas analíticas, entre eles: território(s), identidade(s), saúde, determinantes sociais da saúde e cuidado em saúde. Com o exercício analítico realizado pode-se afirmar que a penitenciária é constituída de diferentes territórios que, desde a implementação da Unidade Básica de Saúde, se modificam e se recriam, cotidianamente; foi possível, ainda, descrever e analisar efeitos do discurso da saúde enquanto um direito da população privada de liberdade na (re)constituição de identidades na instituição - agente penitenciária, profissional da saúde e prisioneiras. A pesquisa realizada permite dizer que, com a implementação da equipe de saúde e da Unidade Básica de Saúde, parece ter havido uma ampliação significativa do acesso a algumas práticas assistenciais e a oferta do cuidado em saúde para as prisioneiras. De forma prevalente, a perspectiva biomédica segue dando sustentação ao saber-fazer das/os profissionais da equipe de saúde e as ações desta equipe estão mais que tudo voltadas para lidar com a manifestação de doenças e sua 'medicação', de forma semelhante ao contexto vivenciado em muitas Unidades Básicas de Saúde, inclusive naquelas fora de instituições prisionais.

Palavras – chave: Saúde Coletiva. Território(s). Cuidado em Saúde. Mulheres Usuárias de Drogas. População Privada de Liberdade.

RESUMEN

Este trabajo se inscribe en el ámbito de la Salud Colectiva, tiene como tema el derecho a la salud para la población privada de esa libertad. Se llevó a cabo en una institución penitenciaria femenina en la provincia del Rio Grande do Sul, en el sur de Brasil. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, cuyo objetivo general es analizar cómo la prisión se constituye territorio de salud, en la intersección entre la salud y la seguridad públicas. Se trató de entender también cómo, en el contexto de ese territorio, se define y se implementa el cuidado a la salud y, en concreto, la atención a las mujeres usuarias de drogas. Para la producción de los datos empíricos, se han realizado entrevistas semiestructuradas con doce trabajadoras y trabajadores miembros del equipo de salud de la institución, la observación del cotidiano de este equipo y la producción de un diario de campo en el cual realizaron apuntes referentes a las observaciones y también a la vivencia de la investigadora en un proyecto desarrollado con mujeres privadas de libertad. La lectura en profundidad de esta colección de textos – entrevistas y diario de campo - permitió la creación de dos unidades de análisis: la salud en el territorio-prisión y el cuidado en salud a las mujeres privadas de libertad. Se ha trabajado algunos conceptos como herramientas de análisis, entre ellos: territorio (s), identidad (s), salud, determinantes sociales de la salud y cuidado en salud. Con el ejercicio de análisis llevado a cabo, se puede afirmar que la prisión está compuesta por diferentes territorios, desde la implementación de la Unidad Básica de Salud, que se están cambiando y recreándose, todos los días; también fue posible describir y analizar los efectos del discurso sobre la salud como un derecho de las personas privadas de la libertad en la (re) constitución de identidades en la institución - guardia de la prisión, profesional de la salud y las detenidas. La investigación realizada permite decir que, con la implementación del equipo de salud y de la Unidad Básica de Salud, parece haberse dado una ampliación significativa del acceso a algunas prácticas asistenciales y la oferta del cuidado en salud para las prisioneras. La forma predominante es la perspectiva biomédica que sigue sosteniendo la experiencia de los profesionales del equipo de salud y las acciones de ese equipo están más que nada dirigidas a tratar la manifestación de enfermedades y su consecuente medicalización, de manera similar al contexto vivo en muchas Unidades Básicas de Salud, incluidos las que están fuera de los cárceles.

Palabras - clave: Salud Colectiva. Territorios(s). Cuidado de la Salud. Mujeres Usuarias de Drogas. Población Privada de Libertad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CT – Comunidade Terapêutica

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESP – Equipe de Saúde Prisional

FEDDH – Frente Estadual de Drogas e Direitos Humanos

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LEP – Lei de Execução Penal

NA – Narcóticos Anônimos

PAC – Protocolo de Ação Conjunta

PNAISP – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNAMPE – Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção em Saúde

RD – Redução de danos

Senad – Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

Susepe – Superintendência dos Serviços Penitenciários

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UMI – Unidade Materno Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 ANDANÇAS E ENCONTROS.....	15
2 NOTAS SOBRE UM CONTEXTO.....	22
2.1 O contexto prisional brasileiro.....	22
2.2 Política proibicionista e a prática do encarceramento de mulheres: uma guerra dos dias atuais.....	25
2.3 Políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade.....	29
2.4 Políticas pública de saúde para as pessoas que usam drogas.....	33
3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	37
3.1 Pistas conceituais para ancorar as análises.....	37
3.2 Caminhos metodológicos.....	45
4 SAÚDE E O TERRITÓRIO-PRISÃO	55
4.1 Um mapa sobre o território-prisão	55
4.2 A saúde no território-prisão.....	67
5 CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE.....	79
5.1 Cuidado em saúde para usuárias de drogas privadas de liberdade, em tempos de redução de danos.....	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	125

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar como uma penitenciária se constitui território da saúde na interface de duas grandes e complexas áreas: a saúde e a segurança pública. Busca-se também compreender como, no contexto deste território, define-se e implementa-se o cuidado em saúde e, de forma mais específica, o cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas.

Entre os anos 2000 e 2014 a população de mulheres privadas de liberdade no Brasil cresceu mais de 567%, passando de 5.601 para 37.380 (BRASIL, 2014a). Este crescimento está intimamente associado ao envolvimento de mulheres com o comércio de drogas ilícitas. A política brasileira destinada à regulamentação, ao controle do consumo e à venda de substâncias ilícitas é marcada pelo paradigma proibicionista e tange à forma hegemônica com que parte da sociedade tem lidado com este fenômeno, conhecido como *Guerra às Drogas* (ORIEL ROMANI¹, 1999; MAURÍCIOFIORE, 2005).

Se atualmente vivemos uma guerra, e no meu entendimento podemos dizer que sim, há uma parte da população brasileira que é prisioneira deste conflito. No que se refere às mulheres, os dados divulgados no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias indicam que 63% estão encarceradas pela acusação do tráfico de drogas (BRASIL, 2014a). Já os dados divulgados pela Superintendência dos Serviços Penitenciários do estado do Rio Grande do Sul² (Susepe) evidenciam que na instituição ora estudada este número é superior, girando em torno de 90% das mulheres (SUSEPE, 2016). Segundo o dicionário Priberam, prisioneiro é “aquele que foi aprisionado na guerra; preso; recluso; encarcerado” (PRIBERAM, 2016). Nessa direção, opto em alguns momentos por utilizar a terminologia prisioneiras³ para falar de mulheres privadas de liberdade. Com isto, procuro visibilizar a relação entre a *Guerra às Drogas* e o encarceramento de mulheres.

A efetivação do direito à saúde da população prisional, apesar de estar previsto na Lei de Execução Penal (LEP– BRASIL, 1984), na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS– BRASIL, 1990), tem se revelado um grande

¹Sempre que mencionar pela primeira vez um autor ou autora no texto, irei colocar seu primeiro nome e sobrenome. Tal escolha se justifica pelo desejo de dar visibilidade às autoras citadas, pois quando há apenas o sobrenome a tendência é pensarmos que se tratam somente de autores homens.

²A Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) é subordinada à Secretaria da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. É o órgão estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança.

³Entretanto, no decorrer do texto, para evitar repetição excessiva do termo, utilizo também, como sinônimo, os termos mulheres privadas de liberdade, presas e/ou encarceradas.

desafio. Esta população passa a ser reconhecida de forma específica nas políticas públicas de saúde a partir do ano de 2003, com a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e, mais recentemente, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP – BRASIL, 2003a, 2014b). De maneira geral, essas ações têm por objetivo garantir a atenção em saúde para a população privada de liberdade em conformidade com os princípios do SUS.

A pesquisa está ancorada no campo da Saúde Coletiva, que se mostra uma escolha potente para analisar a relação de saúde-doença-cuidado ao considerar a inter-relação entre seus processos culturais, subjetivos e biológicos. (JOEL BIRMAN, 2005). O trabalho de campo para a produção do material empírico que dá corpo às análises foi realizado em uma instituição penitenciária feminina, que conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e com equipe de saúde prisional constituída. Esta instituição aderiu ao PNSSP e, posteriormente, à PNAISP, para viabilizar as instalações da equipe de saúde prisional e da UBS. A partir deste processo de adesão, a instituição penitenciária passou a ser considerada como um território no qual a equipe de saúde assumiu a responsabilidade de prover cuidado em saúde para sua população.

Na confluência de tais áreas, políticas e processos, e com os objetivos já apontados, procurei responder a duas questões neste estudo:

- *Como uma penitenciária se constitui território da saúde na interface entre saúde e segurança pública?*
- *Como, no contexto deste território, define-se e implementa-se o cuidado em saúde e, de forma específica, o cuidado em saúde para as mulheres usuárias de drogas?*

Para dar conta de tais questionamentos realizei uma pesquisa qualitativa, na qual realizei entrevistas semiestruturadas com as/os⁴ integrantes da equipe de saúde e observei o cotidiano de trabalho da equipe de saúde e a dinâmica de funcionamento da penitenciária, fazendo registros sistemáticos em um diário de campo.

O conceito de ‘território’ constitui uma das ferramentas conceituais do estudo. Da forma como o utilizo, inclui o entendimento de que um território é uma área demarcada, mas que não se restringe a sua delimitação geográfica. Nesse sentido, o conceito de território faz referência a um espaço geográfico constituído por diferentes sujeitos, suas histórias, relações

⁴Na gramática portuguesa, quando se aplica o plural dos artigos, substantivos e adjetivos que abrangem gênero masculino e feminino, em razão de não existir uma terminologia neutra, a norma indica a utilização do gênero masculino. Como este é um estudo que tem como tema o cuidado em saúde para mulheres, realizado por uma mulher, no desejo de visibilizar e desnaturalizar tal situação opto por primeiro indicar os artigos, substantivos e adjetivos no feminino, seguido de “/” e dos sufixos correspondentes ao gênero masculino.

inter e intragrupais, elementos estes que o caracterizam como um território com fronteiras fluídas, moventes e em permanente construção (EUGÊNIO MENDES, 1993). Nesta pesquisa considero, ainda, que a instituição penitenciária não constitui um território único; em seu interior emergem e acoplam-se múltiplos territórios que envolvem diferentes demarcações (por exemplo, UBS e galerias), grupos (equipes de saúde e de segurança, mulheres privadas de liberdade) e sujeitos (médicos, enfermeiras, prisioneiras, agentes de segurança).

Nesse(s) território(s) a equipe de saúde deve propor e efetivar o cuidado em saúde. O cuidado em saúde aqui é entendido considerando os seus procedimentos técnicos, mas não a eles se resumindo. Uma concepção ampliada de cuidado é proposta na direção de considerar suas diferentes tecnologias e envolvem as relações que se estabelecem entre trabalhadoras/res de saúde e mulheres privadas de liberdade; o conhecimento especializado da equipe de saúde; e as estruturas organizacionais da atenção à saúde (EMERSON MERHY, 1998) em articulação, neste caso, com as estruturas da segurança pública.

As análises procuram descrever e discutir práticas de cuidado em saúde direcionadas às prisioneiras, realizadas no entrecruzamento desses territórios, na perspectiva da equipe de saúde, destacando-se (sempre que possível) as mulheres que são usuárias de drogas. É importante frisar meu entendimento de que, em nossa cultura, somos todas/os, em menor ou maior escala, consumidores de algum tipo de substâncias psicoativas a que denominamos drogas. Ao utilizar a terminologia *pessoas usuárias de drogas* neste trabalho, refiro-me às que apresentam prejuízos, sofrimentos ou outras dificuldades vinculadas ao uso abusivo dessas substâncias. Realizo essa opção em detrimento de termos como adictos ou dependentes químicos, em consonância com a terminologia utilizada nas políticas públicas de saúde. Além disso, reconheço que o processo de tornar-se uma pessoa usuária de drogas – que inclui essa nomeação – é contexto-dependente e envolve dimensões subjetivas, culturais, sociais, políticas, e econômicas que extrapolam, largamente, a capacidade explicativa do determinismo biológico prevalente, âmbito no qual se define o uso de drogas como uma doença nomeada de dependência química.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo, nomeado *ANDANÇAS E ENCONTROS*, apresentei o meu encontro com as três temáticas dessa dissertação - cuidado em saúde, uso de drogas e mulheres privadas de liberdade - que estão relacionadas às minhas vivências pessoais e profissionais. Além da justificativa pessoal sobre a escolha de pesquisar esses temas, nesse capítulo busquei também justificar a importância de discuti-los academicamente.

No capítulo *NOTAS SOBRE UM CONTEXTO*, apresentei algumas reflexões sobre o sistema prisional, em que expus informações sobre sua organização enquanto instituição de segurança pública; exibi dados sobre sua população e a situação de violência e de negação de direitos a que tem sido submetida, destacando a situação vivenciada pelas mulheres encarceradas. Busquei trazer alguns elementos da política proibicionista de *Guerra às Drogas* que produzem efeitos significativos para mulheres que, em geral, vivenciam situações de vulnerabilidade social. Nesse capítulo também apresentei brevemente um histórico das políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade e para as pessoas usuárias de drogas.

O capítulo *PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO* está dividido em duas partes. Na primeira busquei realizar uma discussão sobre os conceitos que ancoram as análises, entre eles: território(s), identidade(s), saúde, determinantes sociais da saúde, cuidado em saúde. Na segunda parte do capítulo apresentei aspectos referentes à metodologia do trabalho: a escolha pela abordagem qualitativa; o local de realização da pesquisa; os sujeitos participantes; os procedimentos para a produção do material empírico; o procedimento de análise; e, por fim, os aspectos éticos envolvidos no desenvolvimento desta pesquisa.

O quarto e o quinto capítulo foram destinados ao exercício analítico que pude vislumbrar no encontro entre o material empírico e os conceitos com que me dispus a trabalhar. No capítulo *SAÚDE E O TERRITÓRIO-PRISÃO*, apresentei primeiramente um mapa da penitenciária elaborado a partir da minha vivência no campo de pesquisa. Busquei apresentar os diferentes sujeitos e territórios existentes na instituição para, então, descrever a Unidade Básica de Saúde e suas/seus trabalhadoras/res. A partir disso, analisei a (re)constituição de identidades na instituição produzidas pelo discurso da saúde enquanto um direito das pessoas privadas de liberdade, assim como analisei algumas dimensões da articulação entre os territórios da saúde e da segurança.

O capítulo *CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE* dediquei às análises realizadas do que a equipe de saúde tem definido e implementado como cuidado em saúde para as prisioneiras. Descrevi algumas características da organização e da dinâmica da equipe e a sua tradução nas práticas assistenciais. No subcapítulo *Cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas privadas de liberdade, em tempos de redução de danos* discuti de forma mais específica o cuidado em saúde para as presas que são usuárias de substâncias psicoativas.

Por fim, o último capítulo destinou-se às *CONSIDERAÇÕES FINAIS* desta pesquisa. Se, por um lado, alguns apontamentos foram possíveis de serem feitos, outras tantas questões

permanecem em aberto. Finalizo o processo de mestrado sem respostas definitivas para o contexto ora estudado, o que me causa certa inquietude. Espero também desacomodar a quem vir a ler este trabalho, seja por concordar, seja por conflitar com as reflexões aqui realizadas.

1 ANDANÇAS E ENCONTROS

É na complexa trama que envolve as relações entre mulheres prisioneiras, o uso de drogas e o direito de acesso à saúde da população privada de liberdade em instituições prisionais que me desafio a realizar esta pesquisa. São inúmeras as possibilidades de tecer estes temas. Sem tal pretensão, faço algumas escolhas que certamente se relacionam à minha vivência pessoal e meus percursos acadêmico e profissional. Professora, trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) em serviços de saúde mental, militante dos direitos humanos, aluna do mestrado de Saúde Coletiva - são algumas das identidades que tenho assumido. Identidades estas que possibilitam, em grande medida, os meus posicionamentos enquanto sujeito deste mundo seja no trabalho, na academia ou na vida cotidiana.

O tema *uso de drogas e o cuidado em saúde* me acompanha há algum tempo e se vincula principalmente à minha profissão e militância. Trabalho há aproximadamente oito anos no SUS como professora de Educação Física e como profissional de saúde mental. Nos últimos anos passei a compor a equipe multidisciplinar de um centro de saúde especializado para pessoas usuárias de drogas. Este centro é vinculado à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (Senad)⁵ e tem como objetivo desenvolver assistência, ensino e pesquisa no campo das drogas – neste caso, principalmente o crack. O centro é apresentado como uma das respostas do governo federal à *Epidemia do Crack*⁶ e, no ano de 2012, iniciou o atendimento ofertando internação masculina de curta permanência e atendimento ambulatorial para homens, mulheres e adolescentes usuários/os de drogas. A vivência neste serviço foi sem dúvida recheada de aprendizagens e desafios.

Trabalhar em uma instituição hospitalar é confrontar-se com uma organização regradada e disciplinada, em um espaço de saúde (ou de doença?) distante da vida das/os usuárias/os. Tratando-se de uma unidade masculina específica para pessoas usuárias de drogas, essas questões podem se acentuar. Lá eu sentia que as muitas regras e rotinas não cediam espaço para os encontros espontâneos e para as invenções de outras formas de cuidado. Em que pese

⁵ A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) está vinculada ao Ministério da Justiça e é responsável por coordenar a Política Nacional sobre Drogas, por meio da articulação entre governo e sociedade.

⁶ Segundo Claudia Silva (2014) o termo *Epidemia do Crack* começou a ser utilizado no Brasil em meados dos anos 2000 por pesquisadores, teóricos, políticos e a grande mídia em um discurso permeado pelo pânico em torno do consumo de crack. Nesta direção, entende-se que o uso dessa substância tem crescido de forma significativa, caracterizando-se como uma epidemia, mesmo sem haver dados epidemiológicos que corroborem essa afirmação (SILVA, 2014). Opto por utilizar itálico sempre que me referir ao termo *Epidemia do Crack*, por concordar com a percepção da autora citada acima, a qual reconhece que, independentemente de sua veracidade e adequabilidade, o uso desse termo produziu efeitos importantes sobre o olhar e as ações que temos direcionado às pessoas usuárias de drogas.

a internação ser voluntária e a grande maioria dos homens internados haver escolhido ou aceitado a internação como local de cuidado, a unidade funciona em um espaço físico fechado. Há uma porta que permanece trancada e restringe a circulação dos usuários em outras áreas do hospital. Acredito que a ‘porta trancada’ simboliza uma série de crenças e práticas a respeito da atenção em saúde à pessoa usuária de drogas, entre elas a de que para cuidar é necessário prender. Esse controle é exercido, neste caso, por profissionais de saúde e justificado pela intenção de cuidar. Enquanto equipe, inúmeras vezes discutimos e problematizamos essa situação para criarmos alternativas de como circular em outros espaços e, através de algumas brechas, contribuir para a desconstrução desse imaginário junto a usuários, familiares, trabalhadoras/res e gestoras/res.

Essa também foi uma experiência de aprendizagens e de encontros com grandes parceiras/os – usuárias/os e profissionais –, com as/os quais refleti frequentemente sobre o sentido de nossas práticas. Buscamos trabalhar potencialidades de vida na tentativa de centrar o cuidado nos sujeitos e em suas escolhas para além dos sintomas da doença nomeada como dependência química. No encontro diário com usuários do serviço, evidenciava-se para mim que o uso de drogas não podia ser entendido somente pela interação farmacológica da substância com o sistema neurológico do usuário. Seus sentidos e significados são amplos e relacionam-se com a experiência, a vivência e a cultura de cada sujeito. Para mim, o uso de substâncias psicoativas era uma das questões a ser vista pela equipe de saúde, devendo ser compreendida em um contexto social, político e cultural.

As questões que vivenciei nesse espaço de saúde refletem parte dos tensionamentos que permeiam o universo do cuidado às pessoas usuárias de drogas e que, com suas contradições, materializa-se nas políticas públicas de saúde. Na atenção em saúde às pessoas usuárias de drogas, algumas políticas públicas são propostas a partir dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nessa perspectiva, luta-se pelo respeito aos direitos humanos, pela garantia à autonomia e à liberdade, combate-se o estigma e o preconceito, busca-se um cuidado em rede de base territorial e comunitária diversificando estratégias de cuidado e tendo como diretriz de trabalho a redução de danos (BRASIL, 2001, 2002a, 2002b, 2003b, 2004, 2005a, 2011a; RIO GRANDE DO SUL, 1992, 2014).

Por outro lado, existem políticas públicas que reafirmam o consumo de droga enquanto uma doença e a abstinência como meta a ser atingida por todas as pessoas que usam drogas, assim como buscam trabalhar com a prevenção e com a recuperação na direção de uma sociedade “livre das drogas”, produzindo, em alguns casos, práticas de exclusão e de perda de cidadania. Tal fenômeno pode ser observado nas ações propostas pelo governo

federal, como o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack* (BRASIL, 2010a) e o *Programa Crack, É Possível Vencer* (BRASIL, 2011b). Essas ações são criadas frente à *Epidemia do Crack*, que ganha formas e contornos a partir da atuação de alguns políticos, pesquisadoras/es da área, da mídia e de outros atores sociais. Sob essa perspectiva o crack tem sido apresentado como uma droga altamente viciante que acarreta um grave e grande problema social. O sujeito – com sua história, suas vulnerabilidades, suas opções e tudo o mais a que chamamos de determinantes sociais da saúde – fica situado em segundo plano nessas ações (DÊNIS PETUCO, 2011).

No mesmo período em que plano e programa supracitados foram propostos frente à *Epidemia do crack*, qual seja o ano de 2010, o deputado federal Osmar Terra, propôs o Projeto de Lei nº 7.663/2010, que, entre outros objetivos, busca alterar a *Lei sobre Drogas* nº 11.343/2006⁷, aumentando o tempo de prisão para indivíduos acusados de tráfico de drogas e flexibilizando e facilitando a internação compulsória e involuntária das pessoas usuárias de drogas (BRASIL, 2010b). Por seu turno, no município de Porto Alegre, o vereador Tiago Duarte propôs o Projeto de Lei nº 090/2013, que institui a *Política Municipal de Internação Compulsória de Dependentes Químicos* (PORTO ALEGRE, 2013). Este, em linhas gerais, objetiva internar “dependentes químicos que deixaram de dispor autonomia de vontade” através de solicitações judiciais (ibidem), sem considerar o desejo do sujeito usuário e/ou a avaliação uma equipe de saúde que justifique tal encaminhamento. A respeito de ambos os projetos, cabe destacar que apresentam uma argumentação do cuidado em saúde para fundamentar essas práticas.

Em oposição a tais propostas, há intensa mobilização de diferentes movimentos sociais que as entendem como representativas de um retrocesso nas políticas públicas da saúde que implica em graves consequências sociais, como o aumento do encarceramento de pessoas usuárias de drogas e a perda de direitos e de autonomia dos sujeitos cuja internação lhes foi imposta. Tal mobilização social conseguiu *frear*⁸ a aprovação dessas leis. Junto ao coletivo autônomo Frente Estadual de Drogas e Direitos Humanos (FEDDH-RS), tenho a oportunidade de participar de diferentes espaços, promovendo ações e intervenções na cidade, questionando e problematizando a proposta dessas políticas. A militância junto a esse grupo

⁷ A Lei nº 11.343 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Esta lei ficou conhecida como a Nova Lei sobre Drogas, e prescreve medidas para prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006).

⁸ Utilizo o termo *frear* para ilustrar que a disputa no universo das drogas é contínua. A lei proposta pelo vereador Tiago Duarte não foi votada à época, entretanto, este ano o processo para a sua votação foi reiniciado.

está relacionada principalmente com a defesa do cuidado em liberdade para as pessoas que usam drogas e nesta direção é radicalmente contrária às práticas manicomiais.

No campo da saúde, a luta pelo cuidado em liberdade para as pessoas que usam drogas está relacionada à garantia dos direitos humanos e articula-se com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da diretriz da redução de danos. Destarte, busca a superação de práticas manicomiais evitando a reprodução de ações que excluem e estigmatizam as pessoas usuárias. Sob este viés, amplia-se o entendimento das necessidades de saúde para além de uma perspectiva biológica e determinista sobre o consumo de drogas.

Como forma de ilustrar a disputa entre o cuidado em liberdade e as práticas que ele busca superar, trago à cena, um episódio ocorrido há poucos meses em uma Comunidade Terapêutica (CT) no estado do Rio Grande do Sul. Esta CT possuía convênio com diversos municípios e atendia aproximadamente quarenta homens usuários de drogas que lá se encontravam para receber “tratamento”. Após um incêndio neste local, sete pessoas morreram e outras três ficaram gravemente feridas. Sobre esse episódio, o jornal Zero Hora publicou (21/07/2016):

Todas as vítimas fatais do incêndio estavam confinadas em quartos chamados de centro de observação (CO). Semelhantes às celas do sistema prisional, os três espaços têm grades nas janelas e atrás da porta, trancados pelo lado de fora por cadeados. Ali os internos passavam o dia, com exceção de uma hora ou duas de permissão para banho de sol. Destinado ao período de desintoxicação, os quartos CO somavam capacidade para cerca de 12 pacientes. (VANESSA KANNENBERG, 2016).

As pessoas que estavam nessa CT eram usuárias de drogas e estavam ali em busca de “cuidado”. Apesar de ser um espaço regularizado, reconhecido e financiado pela entidade pública, produzia práticas de encarceramento, de violência e de afrontamento aos direitos humanos. Em resposta a esta tragédia, diversos grupos se manifestaram com a intenção de dar visibilidade e denunciar o fato que, infelizmente, em se tratando de CTs não é um caso isolado. Tortura, violência, negligência e maus tratos têm constituído determinadas práticas destinadas às pessoas que usam drogas. O coletivo Frente Estadual de Drogas e Direitos Humanos - RS (FEDDH-RS) lançou uma carta sobre a tragédia:

Nossa indignação decorre do fato das mortes trágicas terem sido ocasionadas pelo bloqueio das portas e janelas para a saída dos internos que estavam em tratamento por uso de álcool e outras drogas. É inaceitável que lugares como este, ao invés de ofertarem cuidado de forma digna, mantenham as pessoas encarceradas em espaços com grades nas janelas e cadeados nas portas. Não podemos aceitar e concordar que espaços que promovem tortura e sofrimento sejam entendidos como lugares para tratamento de uso abusivo e problemático de drogas. (FEDDH-RS, 2016).

É interessante analisarmos que algumas doenças são posicionadas em discursos que autorizam esse tipo de prática, como a “loucura” e a “dependência química”. Por exemplo, não se pensa esse tipo de “cuidado” para um diabético que não quer ou que não deseja seguir uma dieta recomendada por profissionais da saúde. Tampouco haveria internação contra a sua vontade ou se lhe obrigaria a seguir uma dieta rígida e a praticar atividades físicas. Porém, no caso do uso de drogas, da dependência química, essas práticas estão autorizadas, ou seja, é possível e até desejável prender para “tratar”.

O cuidado para quem usa drogas no campo da saúde tem imbricações importantes com o campo jurídico penal. Segundo Salo de Carvalho (2013), é nos discursos da saúde e da segurança pública – representados pelas identidades dos doentes e/ou criminosos – que, enquanto Estado, temos direcionado nossas ações. Na entrevista e na carta é possível observar a semelhança entre uma prisão e essa Comunidade Terapêutica, seja tanto em sua estrutura física quanto na prática de encarceramento e de privação da liberdade. Este é, pois, um exemplo extremo do que o cuidado em liberdade busca superar.

O meu encontro com a temática do consumo de drogas realizado por mulheres acontece no ano de 2013, quando participei do planejamento de uma unidade de internação para mulheres no centro em que trabalho. Nesse período, no serviço ambulatorial para pessoas usuária de drogas, também começamos a discutir a participação de mulheres no nosso serviço. Havia muitas presente no serviço por serem filhas ou companheiras de usuários, mas poucas que buscassem cuidado de saúde para si, o que, de alguma forma, invertia a lógica da procura em outros serviços de saúde – cujo público é constituído em sua maioria por mulheres.

O consumo de substâncias psicoativas por mulheres tem sido reconhecido como uma importante questão de saúde pública. Um exemplo pode ser visto no Levantamento Sobre Uso de Drogas no Brasil, no qual se verifica o aumento do número de mulheres usuárias (RONALDO LARANJEIRA, 2012). Diante disso, nos questionávamos: onde estão essas mulheres? Por que não chegam aos serviços? Por que, quando chegam, não permanecem? Não necessitam de cuidado? O gênero⁹ pode ser um dos organizadores dessa situação?

Comecei a busca por elementos para pensar a intersecção entre mulheres e uso de drogas. Após consultar as políticas públicas, observei que pouco se debate acerca do consumo dessas substâncias feito por mulheres. Mabel Silva (2016) ao realizar uma análise cultural sobre as políticas públicas de saúde para as pessoas usuárias de drogas destaca que esses

⁹ O gênero parece ser um importante elemento na discussão sobre o cuidado para pessoas usuárias de drogas. Apesar de nesta pesquisa o gênero não ser tomado como uma categoria de análise, sinalizo a importância de desenvolver estudos que possibilitem refletir sobre a relação entre mulheres, sistema prisional e uso de drogas.

documentos, em certa medida, não contemplam distinções produzidas pelo gênero. A autora refere que tal situação pode estar relacionada com “uma dificuldade em associar mulheres ao uso/abuso de [substâncias psicoativas] SPA, embora os estudos mostrem o uso crescente entre as mulheres” (SILVA, 2016, p. 100). Ainda nesta direção a autora menciona que em sua pesquisa “um olhar sensível às abordagens de gênero na política permitiu ir "encontrando" pistas em relação à naturalização da relação entre uso de SPA e masculinidade e de uma feminilidade que não se droga” (ibidem).

De acordo com Márcia Elbrederet al. (2008), em estudos e pesquisas, historicamente, o uso de drogas e os problemas daí decorrentes foram vinculados a homens. Assim a maioria das pesquisas nesta área é desenvolvida com homens e resultam em uma assistência destinada às suas necessidades, parecendo não haver espaços para usuárias que necessitem deste cuidado. Entendo que ambas as pesquisas reafirmam, portanto, a importância de desenvolvermos estudos que considerem o uso de drogas realizado por mulheres em nossa sociedade na direção de contribuir para a construção de políticas públicas que considerem especificidades de gênero.

Ainda no ano de 2013, instigada a refletir sobre tal temática, iniciei a participação como aluna especial em uma disciplina sobre Estudos de Gênero, ofertada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Foi assim que me reaproximei da academia, a partir de reflexões e questionamentos vivenciados no dia a dia do trabalho. A disciplina, mais do que respostas, abriu uma infinidade de questionamentos e oportunizou minha aproximação e meu interesse por este tema. A diversidade de olhares sobre relações de gênero e sua teorização compartilhada com colegas e professoras marcaram minha iniciação nesta temática.

Já o meu interesse pela condição de vida de mulheres prisioneiras é novo. Após tomar conhecimento a respeito de um dado do sistema prisional, a saber, de que dois terços das mulheres privadas de liberdade são acusados de comércio ilegal de drogas e que esse número tem crescido de forma significativa (BRASIL, 2014a), me senti *capturada* por essa temática.

Nos diferentes espaços e grupos em que circulo, já havíamos discutido e refletido sobre o crescente número de pessoas que cumprem pena pela acusação de tráfico de drogas, entre as quais algumas são usuárias de drogas. Contudo, essa informação referente às mulheres era nova para mim. Diante desse dado e das reflexões disparadas por ele, senti-me mobilizada para pensar e para pesquisar a respeito de como acontece o cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas que se encontram no sistema prisional.

Capturada, agarrada, presa, fui tomada pela inquietação e pela vontade de me aprofundar no tema. Tal captura desacomodou, provocou e levou-me a um novo lugar: a prisão. Nunca havia entrado em uma instituição penitenciária e para a construção do objeto desta pesquisa foi necessário realizar alguns movimentos. Assim, busquei me aproximar dos contextos vividos pela população encarcerada no sistema prisional, focando sempre que possível nas mulheres prisioneiras e no acesso à saúde dessa população.

Realizei visitas aos setores responsáveis pela gestão e pela organização das ações de saúde à população prisional: o Departamento de Tratamento Penal da Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe), Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, no Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual Saúde e o Departamento de Saúde Prisional do Município de Porto Alegre. Essas aproximações me possibilitaram fazer um mapeamento sobre como as políticas de saúde para as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional se organizam no município de Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul.

A partir disso, realizei a leitura das políticas públicas para a população privada de liberdade, de artigos e de trabalhos acadêmicos que abordam essa temática, de reportagens veiculadas na mídia; busquei, também, dados sobre o sistema penitenciário; li livros e assisti a documentários sobre mulheres prisioneiras; conversei com conhecidos que já atuaram no sistema penitenciário e com participantes de um movimento social de pessoas egressas do sistema prisional; integrei oficinas de saúde ofertadas a mulheres presas e pude acompanhar um pouco da experiência de uma mulher egressa do sistema prisional. Parte desta trajetória está explicitada nas discussões que desenvolvo no capítulo a seguir, no qual busco contextualizar brevemente o sistema prisional brasileiro e os efeitos da política proibicionista de *Guerra às Drogas* para algumas mulheres. Ainda nesta parte do texto apresento um breve histórico sobre as políticas de saúde para a população prisional e para as pessoas usuárias de drogas.

2 NOTAS SOBRE UM CONTEXTO

2.1 O contexto prisional brasileiro

No Brasil, estima-se que 567.655 pessoas estejam privadas de liberdade no sistema prisional, o que representa a média de 358 presos para cada 100 mil habitantes. O país apresenta a quarta maior população carcerária do mundo, atrás apenas de países como EUA, China e Rússia (BRASIL, 2014a). Esse dado reflete o imbricamento entre diferentes discursos e que implicam nas opções que fazemos enquanto sociedade, no qual o encarceramento é posto como solução a fenômenos complexos como a violência e as desigualdades sociais.

De acordo com a Constituição do Rio Grande do Sul, a política penitenciária do estado deve ter como objetivos a reeducação, a reintegração social e a ressocialização do preso, definindo como prioridades a regionalização e a municipalização dos estabelecimentos penitenciários (SUSEPE, 2015). Na Secretaria da Segurança Pública, a Superintendência dos Serviços Penitenciários (Susepe) é o órgão estadual responsável pela execução administrativa das penas privativas de liberdade e das medidas de segurança. A Susepe tem como missão “promover a cidadania e a inclusão das pessoas privadas de liberdade” (SUSEPE, 2015).

A penitenciária em que realizei este estudo faz parte do sistema penitenciário estadual, que é composto por diferentes estabelecimentos como fundações, albergues, cadeias, presídios, colônia penal, instituto penal e outras penitenciárias. As instituições são organizadas por região e estão distribuídas pela capital e pelo interior do estado, recebendo pessoas oriundas dos regimes aberto, semiaberto e fechado (SUSEPE, 2015). Estas instituições se diferenciam quanto ao grau de controle que exercem, em nome do Estado, sobre as pessoas apenadas, permitindo sua menor ou maior autonomia e participação na vida em sociedade fora do sistema prisional.

Às penitenciárias cabe receber pessoas com condenação à pena privativa de liberdade em regime fechado. Entretanto, na prática, há pessoas que ainda não receberam condenação em penitenciárias, bem como há pessoas que poderiam progredir para o regime aberto ou semiaberto e não o fazem por falta de vagas. Não é exceção que pessoas que se encontram privadas de liberdade em penitenciárias estejam cumprindo pena em regime provisório. Tal situação toma corpo, por exemplo, na instituição estudada, em que aproximadamente dois terços das mulheres encontram-se nessa situação cumprindo pena de privação de liberdade sem sentença definitiva (SUSEPE, 2016).

Sobre a situação das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, são inúmeras as denúncias feitas por diferentes grupos, autônomos e institucionais, que problematizam a perversidade desse sistema à luz dos direitos humanos (BRASIL, 2007, 2008; DHESCA, 2011; RIO GRANDE DO SUL, 2009a). Nosso sistema prisional, desse modo, aparenta funcionar mais como um agente punitivo do Estado do que como espaço destinado à reinserção social. Parece que vivemos em um tempo no qual foram assimiladas e naturalizadas as violências a que as pessoas encarceradas são submetidas, não nos causando espanto ou indignação alguma. Ao contrário, a população prisional parece fazer parte de um grupo de vidas no qual não vale a pena investir - vidas descartáveis que podem e, para muitos, devem ser eliminadas.

Para efeito de exemplo da precariedade do sistema prisional, podemos averiguar o relatório produzido após a realização da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre o Sistema Carcerário no Brasil. A CPI ocorreu em dezoito estados através de audiências públicas com autoridades federais e estaduais, especialistas, pesquisadores, jornalistas, policiais, representantes de entidades da sociedade civil, líderes dos agentes penitenciários e encarcerados. Segundo o relatório, o sistema carcerário encontra-se em condições precárias e desumanas (BRASIL, 2008).

Em que pesem estas denúncias, o sistema penitenciário não se modifica, ao passo que a população prisional brasileira cresce diariamente. Entre os anos 2000 e 2012, este aumento foi de aproximadamente 136%. Nesse mesmo período, o número de mulheres privadas de liberdade cresceu 567% e hoje representa 7% da população prisional total (BRASIL, 2014c). Apesar desse crescimento, a população carcerária de mulheres, como se vê, é menor em relação à de homens. Conquanto isso, o aumento de mulheres presas e as condições a que estão expostas no sistema prisional também vêm preocupando organizações nacionais e internacionais, quais sejam os movimento de mulheres, de direitos humanos e órgãos de Estado.

O relatório da CPI do sistema carcerário no Brasil aponta para a situação alarmante em que se encontram as mulheres privadas de liberdade. Como não há vagas suficientes nas instituições prisionais, muitas são alocadas em celas com homens e ficam expostas a diferentes formas de violência, entre sexual, física e psicológica; não são ofertadas oportunidades de emprego e estudos; a maioria das unidades não conta com berçários e creches para os recém-nascidos; em muitos casos, não é garantido o direito de a mulher-mãe amamentar; muitas não têm acesso a produtos básicos de higiene como papel higiênico e

absorvente; outras são abandonadas por suas famílias na prisão; e, por fim, grande parte dos estabelecimentos não conta com espaços para visitas íntimas (BRASIL, 2008).

As situações vivenciadas por mulheres encarceradas não são uma particularidade do sistema prisional brasileiro. Tal constatação pode ser verificada pela necessidade de se criarem ações internacionais específicas para as mulheres prisioneiras, como as Regras de Bangkok. Este conjunto de normativas, do qual o Brasil é signatário, foi aprovado no ano de 2010 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e é destinado ao tratamento de mulheres infratoras que estejam presas ou em medidas não privativas de liberdade (BRASIL, 2016). As Regras de Bangkok são reconhecidas como o principal marco normativo internacional ao propor:

olhar diferenciado para as especificidades de gênero no encarceramento feminino, tanto no campo da execução penal, como também na priorização de medidas não privativas de liberdade, ou seja, que evitem a entrada de mulheres no sistema carcerário. (IBIDEM, p.10).

No Brasil a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional é o documento que se destina a “reformular as práticas do sistema prisional brasileiro e contribuir para a garantia de direitos das mulheres”. São objetivos da PNAME:

- I - fomentar a elaboração das políticas estaduais de atenção às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional, com base nesta Portaria;
- II - induzir para o aperfeiçoamento e humanização do sistema prisional feminino, especialmente no que concerne à arquitetura prisional e execução de atividades e rotinas carcerárias, com atenção às diversidades e capacitação periódica de servidores;
- III - promover, pactuar e incentivar ações integradas e intersetoriais, visando à complementação e ao acesso aos direitos fundamentais, previstos na Constituição Federal e Lei de Execução Penal, voltadas às mulheres privadas de liberdade e seus núcleos familiares;
- IV - aprimorar a qualidade dos dados constantes nos bancos de dados do sistema prisional brasileiro, contemplando a perspectiva de gênero; e
- V - fomentar e desenvolver pesquisas e estudos relativos ao encarceramento feminino. (BRASIL, 2014c).

É possível observar que nos últimos anos o aumento de mulheres encarceradas e as condições a que elas têm sido submetidas no sistema prisional, são situações que vêm mobilizando diferentes atores sociais. Como efeito desses movimentos, mulheres têm se tornado sujeitos das políticas públicas que buscam garantir os seus direitos, o que se evidencia nas políticas supracitadas.

2.2 Política proibicionista e a prática do encarceramento de mulheres: uma guerra dos dias atuais

Atualmente, o motivo comum pelo qual grande parte das mulheres têm sido privadas de liberdade é o tráfico de drogas: no Brasil, estima-se que dois terços, isto é, em torno de 63%, das mulheres que se encontram em instituições prisionais são acusadas do delito (BRASIL, 2014a). Entre homens, a média do encarceramento por tráfico gira em torno de 25% do total de prisões (BRASIL, 2014a). Na instituição estudada, o número de mulheres acusadas deste delito chega a mais de 90% (SUSEPE, 2016).

Estes números estão relacionados, entre outros fatores, ao projeto político conhecido como *Guerra às Drogas*, no qual o Brasil, junto a outros países, tem articulado suas ações no combate à produção, à venda e ao consumo das drogas consideradas ilícitas. Fiore (2005), Romani (1999), entre outros autores, afirmam que o termo *Guerra às Drogas* tem sido utilizado para nomear a forma hegemônica com que parte da sociedade tem lidado com o fenômeno das drogas desde o final do século XIX. Os Estados Unidos são apontados como o país pioneiro na construção do projeto proibicionista sobre uso, produção e comércio de drogas.

No Brasil, até o início do século XX, o tema das drogas não despertava maiores debates e, portanto, não houve regulamentação sistematizada sobre sua produção, venda e consumo (FIORE, 2005; CARVALHO, 2013). Desde a convenção de Haia¹⁰ em 1912, o Brasil assina todos os tratados internacionais, incluindo as três convenções das Nações Unidas que tiveram como principal proposta sistematizar as medidas de controle internacional sobre drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas, garantindo a disponibilidade para uso médico e científico, porém, prevenindo a distribuição por meios ilícitos e formulando medidas inerentes ao tráfico e ao consumo de drogas. (UNODC, 2016).

Romani (1999) aponta que o modelo penal jurídico repressivo é a coluna vertebral do paradigma proibicionista que objetiva uma sociedade livre das drogas e que gera, desse modo, a criminalização dos consumidores e dá impulso à criação de um comércio ilegal de drogas. No Brasil, aos poucos, o estado aumenta o controle sobre a produção de certas substâncias e modifica o código penal tornando crime passível de encarceramento vendê-las sem autorização.

¹⁰ Segundo Fiore (2005, p.266) “a Convenção de Haia foi o primeiro tratado internacional que estabeleceu controle sobre as vendas de ópio, morfina, heroína e cocaína” do qual o Brasil foi signatário e assim estabeleceu a primeira menção específica sobre drogas no país.

Em 1976 é aprovada a Lei nº 6.368, conhecida como a *Lei dos Tóxicos*, que dispõe sobre medidas de prevenção e de repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes ou que possibilitem dependência física ou psíquica. A pena para quem porta a substância para vender e para quem porta para consumir é passível de prisão, porém, há um cumprimento de pena mais brando para quem é consumidor (BRASIL, 1976). A partir daí, essa legislação segue ordenando as questões sobre drogas até o início dos anos 2000.

Segundo Carvalho (2013, p.127) “a necessidade de reforma integral do texto da Lei de Drogas de 1976 vinha sendo debatida no Congresso Nacional desde o início da década de 90”, momento em que havia uma pluralidade de propostas para novas legislações sobre drogas. O Brasil, após a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas no ano de 1998, dá início à construção de uma política específica para a redução da demanda e da oferta de drogas, voltando suas ações para prevenção do uso de drogas e repressão à produção e à venda não autorizada de drogas que causem dependência (SENAD, 2016).

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime aponta que nos países em que se adotou penalidades severas para os crimes relacionados ao uso de drogas, houve um aumento significativo da população prisional em oposição aos direitos humanos. No relatório “Da coerção à coesão”, é proposto que usuáries/os de drogas envolvidas/dos em crimes relacionados ao consumo de substâncias ilícitas, devem ter como alternativa à punição – isto é, o encarceramento - o tratamento para a dependência química. Nessa linha, sugerem:

O tratamento como uma alternativa às sanções penais é especificamente incentivado nas convenções internacionais de controle de drogas e provou-se mais eficaz do que a prisão no sentido de incentivar a recuperação da dependência de drogas e reduzir a criminalidade relacionada com as drogas. O tratamento pode ser fornecido de forma que não viole os direitos dos pacientes, desde que a decisão de recusar o tratamento permaneça nas mãos do usuário de drogas e a autonomia e os direitos humanos do paciente sejam respeitados. (UNODC, 2010, p.9)

É importante reconhecer que a possibilidade de disponibilizar tratamento de saúde, voluntário, para pessoas usuárias de drogas em substituição à restrição de liberdade, pode produzir efeitos significativos no contexto prisional diminuindo, com isso, a sua população. Todavia, parece haver apenas duas possibilidades identitárias para esses sujeitos: doente ou criminoso.

Atualmente, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), instituído pela Lei nº 11.343/06, é o documento que estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas. Uma das mudanças propostas nesta lei está na distinção entre o sujeito usuário/dependente de drogas e o sujeito traficante, que passam a ser

tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos distintos da lei. No texto da lei, apesar de o porte de droga ilícita continuar sendo considerado crime, o sujeito usuário/dependente não está mais à mercê da pena privativa de liberdade. Para esses casos, são aplicadas medidas socioeducativas, como advertência sobre o uso de drogas, prestação de serviços comunitários ou medida educativa de comparecimento a programa ou a curso educativo (BRASIL, 2006).

Carvalho (2013), ao realizar um estudo sobre a Lei 11.343/06, afirmou que os mesmos artigos que permitem caracterizar a pessoa como usuária podem servir para caracterizá-la como traficante. Ao não definir precisamente critérios que diferenciem pessoas usuárias de traficantes, um amplo poder criminalizador fica à disposição das instituições de controle penal, como, por exemplo, a agência policial e o poder judiciário. Segundo o autor, isso acontece através da proliferação de “metarregras que se fundam em determinadas imagens e representações sociais de quem são, onde vivem e onde circulam os traficantes e consumidores” (CARVALHO, 2013b, p. 49), criando assim um estereótipo e criminalizando um grupo social vulnerável bem representado no sistema carcerário.

No texto do Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, o Ministério da Justiça, de forma semelhante à Carvalho, afirma que, no Brasil em decorrência da Lei nº 11.343/06, houve um acréscimo significativo do percentual de presos por tráfico de drogas. Isto decorre do aumento da pena mínima para o crime de tráfico de drogas, bem como da concessão de poderes extensos aos policiais que efetuam os flagrantes não obstante as apreensões sejam de pequenas quantidades. Outro aspecto destacado é a seletividade penal que, com a ampliação do poder da polícia e do poder judiciário, reforça a escolha de determinados indivíduos como potenciais inimigos, fazendo as vezes de um eficaz filtro negativo do sistema da justiça criminal (BRASIL, 2011c). Tal processo resulta no encarceramento de parte específica da população, em uma guerra que se materializa sobre algumas pessoas que usam e/ou comercializam essas substâncias e que, em sua maioria, são negras, pobres e com baixa escolaridade (BRASIL, 2014a, 2014c; CARVALHO, 2013).

A política sobre drogas adotada no país e a forma como na prática ela tem se materializado produz consequências significativas para algumas mulheres. É possível relacionar os apontamentos realizados por Carvalho (2013) e pelo Ministério da Justiça (BRASIL, 2011a) ao perfil destas mulheres: de modo geral, são jovens (67% têm idade entre 18 e 34 anos), negras e pardas (representando 61%), possuem baixa escolaridade (58% das mulheres possuem ensino fundamental incompleto) e são oriundas de extratos sociais desfavorecidos economicamente (BRASIL, 2014c). Diante desses dados, uma questão importante a ser demarcada como elemento reflexivo é que esse fenômeno não se distribui de

forma igualitária na nossa sociedade. Percebe-se que grande parte das mulheres presas pertence a grupos que apresentam maiores situações de vulnerabilidade social¹¹ e se relaciona a um recorte étnico-racial e classista. Confrontados os dados, é possível perceber que a maioria das mulheres faz parte do conjunto de pessoas que não têm garantido o acesso aos diferentes direitos sociais, como educação e trabalho, anteriormente à experiência do encarceramento.

Ao olhar com atenção para a situação dessas mulheres, também é possível refletir a respeito das diferentes experiências que elas têm vivenciado no comércio de drogas ilícitas. Mariana Barcinski (2012, 2013), ao realizar estudos sobre a criminalidade feminina argumenta que, de maneira geral, a literatura aponta para o papel central dos homens – especialmente filhos e parceiros afetivos – na iniciação de mulheres em atividades criminosas. Na mesma direção, documentos sobre as mulheres privadas de liberdade afirmam que há o envolvimento com o tráfico a partir do momento em que seus filhos e seus companheiros são presos, manifestando-se na gerência dos “negócios” da família, ou transportando drogas para as prisões nos dias de visitas (BRASIL, 2007, 2014c).

A Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional menciona em seu texto que muitas das mulheres presas são usuárias de drogas; que algumas realizam serviços no tráfico (como transporte e pequeno comércio) e que em pequena escala realizam atividades voltadas à gerência da *boca*¹² (BRASIL, 2014c).

Apesar da multiplicidade de possíveis trajetórias quanto ao uso e/ou ao tráfico de drogas, o tratamento penal dado a essas mulheres parece não reconhecer tais diferenças. Tanto o uso de drogas como o envolvimento no tráfico são comportamentos tradicionalmente associados a padrões de masculinidade. Se esses comportamentos produzem práticas de exclusão e marginalização para homens, imaginemos a situação de mulheres usuárias e/ou traficantes, que rompem com *papéis* e *expectativas* padrão, como boa mãe, esposa, trabalhadora, dócil e pacífica. Essas situações marcadas pelas condições sociais que envolvem as mulheres, em nossa cultura, refletem-se na aplicação das penas, nas condições do sistema

¹¹ O conceito de vulnerabilidade social no qual busco me aproximar neste trabalho está relacionado com a perspectiva proposta por José Ricardo Ayres et al. (2003) de que a vulnerabilidade possui diferentes eixos - individual, social e programático - que são inter-relacionais. Destaco aqui: a dimensão social que se refere ao acesso a recursos materiais e a instituições sociais, a possibilidade de mobilidade na tessitura social, de participar e influenciar decisões políticas, entre outros; e a dimensão programática que está relacionada, por exemplo, a disponibilidade de recursos sociais através da organização de programas e políticas de estado.

¹² No universo do tráfico, a *boca* é o local onde se vendem drogas ilícitas.

prisional e conseqüentemente no cuidado em saúde ofertado para mulheres usuárias de drogas que se encontram privadas de liberdade.

2.3 Políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade

De forma geral, as pessoas que se encontram no sistema prisional devem ter garantidos todos os direitos sociais previstos na Constituição Federal, como o acesso ao trabalho, à educação e à saúde. Segundo as políticas destinadas à população prisional, ninguém deveria perder sua condição de cidadão por estar cumprindo pena de restrição de liberdade. Entretanto, são publicamente conhecidas as condições às quais os sujeitos estão expostos no sistema prisional, como superlotação, falta de assistência à saúde, de acesso à educação e ao trabalho além de péssimas condições de higiene e da morosidade do sistema judiciário (BRASIL, 2008).

A despeito da existência de normativas nacionais e internacionais que garantem a proteção à saúde da pessoa em situação de privação de liberdade, até o início dos anos 2000 o acesso dessa população à saúde não se dá de forma integral e efetiva na maioria das instituições prisionais brasileiras (BRASIL, 2005b). Tal situação reincide conquanto a Lei de Execução Penal (LEP) desde o ano de 1984 prevê o direito à saúde da população prisional (BRASIL, 1984); a Constituição Federal reconheça a saúde como direito de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988) e o SUS manifeste entre seus princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde, o que contempla, inclusive, o direito da população prisional às ações de saúde (BRASIL, 1990).

As pessoas privadas de liberdade passam a ser reconhecidas de forma específica nas políticas públicas de saúde a partir do ano de 2003 com a instituição do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que apresenta entre seus objetivos a oferta dos cuidados em saúde alicerçados nos princípios e pressupostos do SUS. O plano visa a garantir o acesso à atenção básica da população privada de liberdade, promovendo a atenção integral à saúde e contribuindo para controlar doenças ou reduzir os agravos que mais incidem sobre essa população (BRASIL, 2003a).

O PNSSP foi referência para a organização da saúde no sistema penitenciário por mais de 10 anos. Segundo Helen Schmitt et al. (2014), diversas experiências foram realizadas para que se obtivessem avanços quanto à oferta do cuidado em saúde para a população carcerária. Entretanto, várias dificuldades foram encontradas para a execução do PNSSP: financiamento insuficiente; lógicas diferenciadas de atenção entre as instituições de segurança pública e de

saúde; dificuldade na contratação da equipe mínima; dificuldade de articulação com a rede de saúde e uso incipiente do sistema de informação em saúde. Nesse período, a cobertura alcançou apenas 35% da população prisional, ofertando elenco mínimo de serviços com qualidade precária, inequidades e baixos resultados sanitários e epidemiológicos (ibidem).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) só foi instituída no ano de 2014. A PNAISP, em seu artigo sétimo, determina que são seus beneficiários as pessoas “maiores de 18 anos que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança” (BRASIL, 2014b). Estão presentes entre seus princípios o respeito aos direitos humanos e a justiça social; a integralidade da atenção à saúde; a equidade frente às diferenças e singularidades dessas pessoas; e a corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços pela complexidade das ações ofertadas, assegurada por meio da Rede de Atenção à Saúde no território (BRASIL, 2014b).

A política de saúde para a população prisional se constitui enquanto uma ação intersetorial que envolve os Ministérios da Saúde e da Justiça, a Secretaria Estadual da Saúde e da Segurança Pública e a Secretaria Municipal da Saúde na busca por produzir melhores resultados no que diz respeito às condições de saúde desta população. Para Marcos Warshauer e Yara Carvalho (2014) a intersetorialidade define-se como a busca pela superação da fragmentação do conhecimento das ações de saúde articulando diferentes sujeitos e setores para que se enfrentem problemas complexos como é, neste caso, o contexto prisional. Como a PNAISP é relativamente recente e está em processo de implementação, os entes federativos terão até o final de 2016 para efetuar as medidas necessárias à adequação de suas ações e serviços de acordo com a política.

Tanto o PNSSP quanto a PNAISP, ao instituírem as equipes de saúde para a atenção à população privada de liberdade, reconhecem-nas como componentes da Atenção Básica (AB), atribuindo-lhes uma série de competências no âmbito da promoção, da prevenção e da recuperação em saúde. Enquanto um componente da AB essas equipes precisam estar inseridas em um território, que neste caso, é a instituição prisional.

A utilização do conceito de território pode ser visualizada nas políticas públicas de saúde para a população prisional e nos seus documentos e textos normativos. O plano e a política determinam a sua população e nisso pode-se observar um processo de territorialização, ao se converterem as instituições prisionais em espaços que o setor de saúde passa a compor (BRASIL, 2003a, 2014b). Por meio das equipes de saúde prisionais, o território-prisão deve tornar-se parte de um território-distrito de saúde, que está inserido em

um território-cidade, que compõe um território-estado. Para Schmitt et al. (2014, p.24), a implementação das equipes de saúde prisionais “torna cada unidade prisional uma porta de entrada e um ponto de atenção da rede, e coloca a gestão técnica plenamente no âmbito do SUS e do território”.

Nesta direção os serviços de saúde específicos para a população privada de liberdade devem fazer parte das Redes de Atenção em Saúde (RAS). Iacã Macerata, José Soares e Júlio Ramos (2014) salientam que o SUS passa por um momento de mudança quanto à lógica de gestão das redes e das relações, que envolve pactos entre os entes federativos responsáveis pela saúde – ministério e secretarias estaduais e municipais da Saúde. É neste contexto que as RAS têm sido propostas como metodologia de intervenção.

A ideia da rede em saúde permite pensar na existência de diferentes pontos – serviços de saúde – e setores ligados entre si através de fluxos provisórios e permanentes, em um determinado território. Mendes (2010) define a rede de saúde como proposta alternativa ao modelo fragmentado e hierarquizado de atenção em saúde. Para o autor o modelo fragmentado se caracteriza pela organização “de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (MENDES, 2010, p. 2299). O autor destaca que a organização hierárquica não produz a continuidade do cuidado e o foco da atenção se dá nos serviços de pronto atendimento, ambulatorios e hospitais. Ele define Rede de Atenção à Saúde como um conjunto de serviços de saúde, conectados entre si, com uma missão em comum, objetivos compartilhados, atuação conjunta e interdependente, que possibilita ofertar atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2010).

A instituição prisional é um território fechado em si e atravessado pelos limites físicos (celas, grades, muros) e subjetivos (pré-conceitos, estigmas). As pessoas encontram-se privadas de liberdade e lá são postas para permanecerem – por determinado período –, distantes da sociedade que está do lado de fora. Mas esse território-prisão compõe outros territórios, como o distrito de saúde e o município. Dessa forma, quais são as possibilidades de o território-prisão compor com o território-cidade na rede de atenção em saúde para mulheres usuárias de drogas?

O estado do Rio Grande do Sul aderiu ao PNSSP em 2005 e criou o próprio modelo de gestão e de financiamento. De forma pioneira no país, ocorreu a municipalização da gestão das equipes de saúde prisional (ESP). O município em que se encontra a Penitenciária ora estudada aderiu ao PNSSP no ano de 2011 e implantou uma equipe de saúde prisional nesta instituição. Nesse momento, aprovou-se o termo de compromisso entre o município e as

Secretarias Estaduais de Saúde e Segurança Pública, definindo a competência de cada ente (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Ao município, entre outras atribuições, cabe assumir a gestão da atenção básica na penitenciária e a contratação de técnicos necessários e não disponíveis na casa prisional. A Secretaria de Segurança Pública, através da Susepe, compromete-se a fornecer medicamentos complementares e a ceder os servidores de saúde lotados na casa prisional. Entre os compromissos da Secretaria Estadual da Saúde está promover capacitações para as equipes municipais de Saúde Prisional, enfocando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e salientando os agravos de maior relevância. Como atribuição comum dos entes, a portaria destaca a importância de definir as referências para média e alta complexidade e para emergências da população prisional e de definir as necessidades das equipes de saúde e a adequação às rotinas internas do sistema prisional (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Sobre a ocorrência de doenças nos estabelecimentos prisionais, existe certa fragilidade no controle epidemiológico dessa população nas esferas municipal, estadual e federal. Dados referentes à população carcerária do Rio Grande do Sul apontam para uma elevada prevalência e incidência de tuberculose, hepatites virais, HIV e outras DSTs nesta comunidade, demonstrando índices significativamente maiores do que na população em geral (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

No que se refere ao uso de drogas no sistema prisional, a pesquisa realizada por Daniela Mello traz dados sobre o uso de drogas realizado por mulheres privadas de liberdade. A pesquisadora, ao entrevistar 287 dessas mulheres em uma penitenciária feminina, constata que 62,4% são acusadas de tráfico de drogas e 44% apresentavam critérios diagnósticos para a dependência de substâncias psicoativas – principalmente o álcool, seguido de maconha, cocaína e crack (MELLO, 2008).

Byanka Quitete et al. (2011) realizou um estudo transversal com cento e trinta e quatro mulheres que se encontravam em uma penitenciária na cidade do Rio de Janeiro. Segundo a autora, 53% das entrevistadas afirmaram diariamente consumirem substâncias ilícitas na instituição. Para além desses estudos, o uso de drogas nas instituições prisionais aparece em diferentes documentos e políticas, o que nos fornece algumas pistas sobre a importância de discuti-lo (BRASIL, 2003a, 2005b, 2011c, 2014b, 2014c).

Não existem políticas de saúde específicas para pessoas usuárias de drogas que se encontram no sistema prisional, contudo, o seu direito de atenção deve ser garantido. O Caderno sobre Legislações de Saúde no Sistema Prisional, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), aponta que tanto o PNSSP quanto a PNAISP são estratégias para

que as políticas de saúde cheguem à população prisional, o que inclui as políticas de saúde mental, nas quais se insere o cuidado a pessoas usuárias de drogas.

2.4 Políticas pública de saúde para as pessoas que usam drogas

Quanto às políticas públicas de saúde para a população usuária de drogas, constata-se que é no campo da saúde mental que têm sido articuladas. Paulo Amarante (2000) menciona em seus estudos que o campo da saúde mental, nos últimos trinta anos, vem passando por muitas transformações tocantes ao cuidado a pessoas em sofrimento psíquico. Segundo o autor, as transformações foram impulsionadas pelo movimento da luta antimanicomial na década de 1970, que pautava a ideia de uma sociedade sem manicômios, com garantia dos direitos humanos e orientada no sentido do resgate da cidadania de pessoas consideradas *loucas* (AMARANTE, 2000).

Assim como os *loucos*, as pessoas usuárias de drogas permaneciam em instituições psiquiátricas públicas ou em clínicas privadas. Em ambos os locais, não poucas vezes as/os usuárias/os foram reclusos contra a sua vontade, sem que houvessem passado por exame que atestasse a necessidade de internação e sem que mantivessem contato com familiares e com amigos. Nesta época a ausência de políticas públicas de saúde fez com que se deixassem as pessoas usuárias de drogas à mercê das ações de saúde, da segurança pública, da justiça ou de instituições religiosas (BRASIL, 2003b). Estas ações sustentavam-se em uma visão repressiva e higienista quanto ao consumo de drogas e tinham como meta principal do “tratamento” a abstinência total das drogas.

Tatiana Ramminger e Martinho Silva (2014) afirmam que atualmente a atenção em saúde para pessoas usuárias de drogas pode ser adjetivada de diferentes maneiras – repressiva, manicomial, higienista – quando, no centro de suas ações, reproduz práticas de confinamento que marcaram a história da loucura. Tais práticas podem ser verificadas em ações do setor público de saúde como, por exemplo, as internações compulsórias realizadas em massa; a utilização de Comunidades Terapêuticas que produzem práticas de encarceramento, de violência e de afrontamento aos direitos humanos assim como a internação involuntária de pessoas usuárias em hospitais psiquiátricos.

Silva (2014), em um texto que problematiza a punição e o tratamento relacionados ao uso de drogas, nos faz um alerta importante: deslocar o uso de drogas do campo jurídico-penal para o campo da saúde não representa efetivamente uma ruptura com o modelo

repressivo e higienista. No campo da saúde pública circulam diversos discursos que se desdobram em tensões que versam sobre o cuidado às pessoas que usam drogas.

As políticas do Ministério da Saúde, propostas principalmente a partir dos anos 2000, apontam novos direcionamentos para a oferta do cuidado às pessoas que usam drogas, alicerçadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001, 2002a, 2002b, 2003b, 2005a, 2011a). Entre os direcionamentos estão a redução de danos (RD) e o cuidado ofertado em rede e no território. Como um marco legal, no ano de 2003 foi instituída a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003b). Entre os direcionamentos da política estão ações de promoção, de prevenção e de tratamento para as pessoas usuárias de drogas, que não têm somente a abstinência por objetivo. A RD é reconhecida como diretriz de cuidado, considerando sempre a autonomia do usuário e o respeito às suas escolhas e suas possibilidades.

O termo *redução de danos* está em evidência e tem aparecido em diferentes documentos e políticas públicas de saúde, como também o faz naqueles que se referem, via de regra, às drogas – quais sejam as políticas sobre drogas do Ministério da Justiça e os documentos referentes ao sistema prisional. Flávia Silva (2010, p. 182) afirma que a RD “deve ser entendida como uma arena onde diferentes forças relacionadas à questão das drogas, concepções de saúde e elementos políticos se relacionam e disputam”. A RD, como proposta estatal, por exemplo, entende que o uso de drogas, mesmo as ilícitas, faz parte da vida em sociedade. Contudo, o mesmo Estado que formula a RD, de um lado, tem sido responsável, de outro, por políticas proibicionistas que direcionam suas ações para o combate ao uso, ao comércio e à produção das drogas ilícitas – postura que tem um impacto importante no contexto do cuidado ofertado para quem usa drogas e no fenômeno de encarceramento – em instituições prisionais e até mesmo em instituições de “tratamento” como mencionado anteriormente.

No Brasil, inicialmente a estratégia de RD esteve vinculada à prevenção da transmissão do HIV/Aids entre pessoas usuárias de drogas injetáveis. Como relata Silva (2010), ao longo dos anos 1990 foram instituídos programas de RD que entre outras ações promoviam a distribuição de *kits* para pessoas que fizessem uso de drogas injetáveis, residissem em guetos e tivessem pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde. Esse trabalho foi desenvolvido por redutoras/es de danos, em sua maioria usuárias/os ou ex-usuárias/os de drogas, que conhecem a comunidade, os territórios, as práticas e os costumes de usuárias/os (PETUCO, 2014; SILVA, 2010). Petuco (2014) afirma que nessas estratégias as/os redutoras/es de danos fizeram muito mais do que trocar seringas, contribuindo para a criação de uma nova clínica

que se inventa em ato, permitindo novas palavras, novos olhares e novas práticas para pessoas usuárias de drogas.

Pelo acúmulo das experiências desenvolvidas para a prevenção da transmissão de HIV/Aids, no início dos anos 2000 a RD ampliou seu escopo de atuação, tornando-se uma diretriz nas políticas públicas de saúde para atenção às pessoas usuárias. Segundo Eduardo Passos e Tadeu Souza (2011, p. 157), nesse momento, “a RD passou por um grande rearranjo, tornando-se uma importante diretriz na constituição dos serviços de saúde que atendem a população usuária de drogas”.

Destaco o trecho da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas que reflete a respeito da abordagem da redução de danos no cuidado em saúde:

... quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de coresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser coresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2003b, p.10).

É possível perceber que a política, ao compreender a redução de danos como diretriz de cuidado, amplia as possibilidades daquilo que pode e deve ser ofertado por uma equipe de saúde às pessoas que usam drogas. O entendimento das necessidades de saúde relacionadas ao uso de drogas também não se restringe a perspectiva da doença -dependência química - seus sintomas e tratamento. Desta forma, a RD tem como um de seus princípios o respeito à escolha da pessoa, tanto àquela que deseja manter-se em abstinência como àquela que não quer ou não consegue parar seu consumo. Assim, a redução de danos apresenta como diretrizes o reconhecimento da autonomia e cidadania da pessoa usuária em que o cuidado é centrado na pessoa a partir de suas necessidades, considerando seus desejos e suas vivências, inclusive na decisão de usar ou não usar drogas. Nas políticas públicas de saúde, além da RD há outros princípios organizativos para a oferta do cuidado, que estão em sintonia com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica: o cuidado ofertado em rede e no território.

A construção de redes no campo da saúde mental acompanha o movimento da Reforma Psiquiátrica que, desde sua origem, defende a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio. No ano de 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se destina à atenção para pessoas com sofrimento mental e/ou usuárias de drogas. Entre seus componentes, estão a atenção básica em saúde, a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção residencial de caráter transitório, a atenção hospitalar, as estratégias de desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Na RAPS, a Unidade Básica de Saúde é entendida como ponto de atenção que tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, de prevenção e cuidado dos transtornos mentais, de redução de danos e de cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas; ações que são compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

Com a constituição da RAPS, reafirma-se que o cuidado em saúde mental e, portanto, para a pessoa usuária de drogas, deve ser feito pelas/os diferentes trabalhadoras/res da saúde nos diversos serviços da rede – não sendo, assim, mais uma questão a ser verificada apenas nos serviços especializados (BRASIL, 2011a). São direcionamentos que se mostram particulares quando pensamos sua articulação em uma instituição como as penitenciárias e que são melhor problematizados no decorrer do texto.

3 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Pistas conceituais para ancorar as análises

Para a realização desta pesquisa, alguns conceitos foram visitados e esboçam um quadro conceitual que orientou e instrumentalizou a análise do material empírico produzido no trabalho de campo. A escolha dos conceitos para a produção da dissertação vincula-se às questões norteadoras desse estudo e que tiveram seus focos ajustados no decorrer da pesquisa. A partir do que foi possível vivenciar em campo, os conceitos propostos no projeto também tiveram que ser repensados: alguns ganharam maior visibilidade; outros tiveram o foco redirecionado em razão do que foi possível produzir de material empírico e também do que se produziu em mim enquanto pesquisadora.

Esta pesquisa se inscreve no campo da Saúde Coletiva, que segundo Jairnilson Paim e Naomar de Almeida Filho (2000) tem sido demarcado como campo de conhecimento e de práticas, o que permite pensar a saúde como resultado de diálogo crítico tanto nas esferas técnico-científicas quanto das práticas. A origem da Saúde Coletiva no Brasil remete à crítica ao modelo biomédico vigente, propondo a concepção da saúde como um fenômeno social. Este campo articula-se no/com o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde. Como campo de conhecimento, pode-se observar o encontro de diversas disciplinas, tendo como base a Epidemiologia, a Gestão/Planejamento de Saúde e as Ciências Humanas e Sociais em saúde (Maria Bosi, 2012; Paim e Almeida Filho, 2000). Nessas disciplinas, são produzidos distintos discursos sobre saúde-doença-cuidado que contribuem para práticas de saúde como, por exemplo, a produção das políticas públicas e a gestão do sistema de saúde e neste sentido a Saúde Coletiva pode ser entendida como um campo teórico e prático.

Kenneth Camargo Jr.(2007), ao problematizar a Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento faz interessantes reflexões a respeito da sua diversidade e heterogeneidade, mas apresenta algumas características comuns aos pesquisadores que têm produzido conhecimento neste âmbito:

...a rejeição da ideia de que o conhecimento científico é simplesmente um registro passivo cada vez mais exato de uma realidade pré-configurada... a crítica continuada a concepções essencialistas do que seria este real; e uma ênfase na necessidade de abordar-se a produção do conhecimento científico como empreendimento humano, devendo portanto estar aberta também às descrições baseadas nas Ciências Sociais e Humanas. (CAMARGO JR., 2007, p.67).

Em consonância com essa perspectiva, ao entrar em uma instituição penitenciária específica e lançar o olhar sobre como o setor de saúde compõe e se articula neste território, não busquei averiguar a existência de uma realidade que pudesse ser mensurada por meio dos instrumentos de pesquisa. Tampouco, com as reflexões produzidas neste texto, pretendi elaborar explicações universais sobre saúde que possam ser estendidas a toda e qualquer instituição prisional. Entendo, também, que o conhecimento científico é um empreendimento humano e, como tal, não possui a neutralidade esperada /divulgada. Sob este viés, o conhecimento é sempre interessado e produzido pelos discursos possíveis que constituem os elementos que nos dispomos a estudar.

Desta forma, a escolha por delimitar a pesquisa no campo da Saúde Coletiva diz respeito à possibilidade de compreender o processo saúde-doença-cuidado em um território prisional, no encontro entre diferentes núcleos disciplinares que consideram, mas não se resumem, às questões biológicas, tendo em conta a inter-relação entre os processos culturais, subjetivos e biológicos. Esta postura é possível, pois, como afirma Birman, o campo da Saúde Coletiva é fundamentalmente multidisciplinar, e “admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa” (BIRMAN, 2005, p. 15). Segundo o autor os diferentes discursos biológicos são reconhecidos, mas não implicam numa posição de predominância em relação a outros discursos – sejam culturais, sociais ou políticos. A aproximação com as Ciências Humanas e Sociais foi importante e refletiu-se no campo teórico, na escolha e articulação dos conceitos que estão descritos no decorrer deste capítulo, como território(s), identidade(s), saúde, cuidado em saúde, entre outros.

No que diz respeito ao termo território, nas últimas décadas, diversos teóricos têm-no utilizado como um conceito do campo da saúde pública atrelado ao desenvolvimento do SUS (GráciaGondim et al, 2008; Maurício Monken et al, 2008; Rivaldo Faria, 2013; Alexandre Santo e Raquel Rigotto, 2011; Mendes, 1993). A utilização da noção de território como conceito organizativo tem contribuído também para a reorganização do modelo de assistência à saúde, resultando no fortalecimento da Atenção Básica e no desenvolvimento das redes de cuidado, e fazendo-se amplamente presente nas políticas públicas de saúde (ibidem).

Como conceito geral para a definição de território no campo da saúde, remeto a Mendes (1993): para o autor, território é uma área demarcada, um espaço geográfico em que existe uma população para a qual as equipes de saúde têm a responsabilidade de ofertar o cuidado. O território, assim, caracteriza-se por abrigar uma população específica, vivendo em

tempo e espaço determinados e com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral.

Segundo Faria (2013), a criação de territórios de saúde efetiva-se pelo desenvolvimento da territorialização, que usualmente tem sido utilizada para definir/criar limites de atuação dos serviços de saúde. O autor entende que no campo da saúde “em termos práticos, a territorialização tem sido entendida como o processo de criar territórios” (FARIA, 2013, p.135). Nas políticas públicas de saúde para a população privada de liberdade, é possível perceber a utilização do conceito de território e o processo de territorialização ao reconhecer e implementar as instituições prisionais como território de equipes de saúde.

Avançando na discussão sobre território, concordo com a análise realizada por Mendes (1993) nas discussões a respeito do desenvolvimento desse conceito no âmbito do SUS. O autor afirma que o território não pode ser visto apenas como uma região administrativa ou geográfica na qual se encontram as equipes de saúde; deve ser também compreendido como um espaço constituído por histórias, relações sociais, políticas e culturais que o caracterizam como um território em permanente construção (MENDES, 1993).

É dessa concepção de território em permanente construção, constituída no encontro entre vidas, histórias, políticas e culturas, que me aproximo para pensar algumas questões desta pesquisa. Nesse sentido, também apoio-me no exercício feito por Macerata, Soares e Ramos (2014) ao discutir o cuidado em saúde para a população em situação de rua. Amparados nas teorias de Deleuze, os autores compreendem o território para além do espaço físico, definindo-o como território vivo e existencial, “que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo, já que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento” (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014, p.922).

Assim entendo que o setor saúde ao entrar no território-prisão precisa estar disposto a se (re)criar e a compor com os outros territórios que se produzem na instituição. Gondim et al. (2008 p.250), ao discutirem a operacionalidade do conceito de território no campo da saúde alerta: “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridem limites impostos por atores determinados”.

Neste estudo busco não restringir a análise do território-prisão apenas à sua característica operativa. Para tanto, considero alguns elementos que são produzidos no cotidiano da penitenciária ora estudada quando uma equipe de saúde passa a compor a instituição. Desta forma permaneço atenta aos múltiplos territórios e territorialidades que

podem ser criados, as identidades culturais produzidas nas relações e nos discursos que se movem e se constituem em uma instituição prisional.

A penitenciária é uma instituição de segurança pública, composta de diferentes espaços e sujeitos. São sujeitos desse território as agentes penitenciárias, mulheres prisioneiras, trabalhadoras/es da saúde e do setor psicossocial, as famílias e amigas das presas nos dias de visita na instituição, entre outros. Estão entre seus diferentes espaços internos as galerias, a Unidade Materno Infantil, os pátios, Unidade Básica de Saúde (UBS), a cozinha, a escola, etc. A penitenciária pode, pois, ser entendida como um território dotado de territorialidades e de processos que se constituem a partir das relações entre seus diferentes sujeitos.

No que se refere aos sujeitos que compõem o território prisional, podemos atentar às múltiplas identidades (re)produzidas - mulheres prisioneiras, agentes penitenciárias, trabalhadora/or de saúde, trabalhador técnico, visitante. Nesse trabalho, assumo que um indivíduo é composto de múltiplas identidades, na direção do que defende Guacira Louro ao discutir identidades sexuais e de gênero e que podemos relacionar com a construção de identidades no sistema prisional. A autora menciona Stuart Hall, citado recorrentemente para se pensar as questões identitárias, e afirma que é no âmbito da cultura e da história que as identidades se definem e que “os sujeitos se constituem de múltiplas e distintas identidades... na medida em que são interpelados a partir de diferentes situações, instituições ou agrupamento sociais”. (LOURO, 2007, p.240). Stuart Hall (2005) argumenta que na contemporaneidade o indivíduo não pode ser reduzido a

...uma identidade fixa, essencial ou permanente, a identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação as formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. (HALL, 1987, apud HALL, 2005, p16.).

Para o autor o indivíduo/grupo é composto

...de várias identidades, algumas vezes contraditórias ou não resolvidas... somos confrontados por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis, com cada uma das quais poderíamos nos identificar - ao menos temporariamente...”. (HALL, 2005, p.12 e 13).

Embasada nesta noção de identidade, permito-me pensar que cada sujeito constituinte do território-prisão é dotado de múltiplas identidades atreladas ao contexto em que estão inseridos. A prisioneira, por exemplo, pode ser a um só tempo apenada, delinquente, cidadã, usuária do SUS, trabalhadora, estudante e não obstante reconhecer-se nessas e em outras tantas identidades que podem, inclusive, confrontar-se entre si.

Esse exercício de multiplicação de identidades que se contradizem também pode ser estendido aos demais sujeitos que estão no território-prisão, por exemplo, a agente penitenciária: trabalhadora da segurança, que vigia, é responsável por manter a ordem, sancionar castigos ao mesmo tempo em que é um dos sujeitos responsáveis pela garantia de direitos na instituição. Assim, busco analisar como se tencionam e articulam essas múltiplas identidades no território-prisão e na produção da oferta do cuidado em saúde para as mulheres prisioneiras.

A concepção de saúde em que me apoio imbrica-se na produção de conhecimento do campo da Saúde Coletiva, no encontro entre as diferentes disciplinas que o constituem. Compreendo a saúde de maneira ampliada, como fenômeno social, não se resumindo a uma condição biológica. Tal perspectiva tem sido amplamente discutida no campo, na busca por superar a dicotomia entre os polos saúde x doença e o próprio entendimento de “saúde como ausência de doença” (CAMARGO JR., 2007).

Para Carlos Batistella (2007), Camargo Jr. (2007), o entendimento de saúde como ausência de doença tem sua gênese na fundação do paradigma biomédico. Batistella (2007, p.54) destaca que este paradigma é:

caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, [e ele] passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica.

A Organização Mundial da Saúde, ao definir a saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”, busca romper com o determinismo biológico dos processos de saúde e de doença (PAULO BUSS, ALBERTO PELEGRINE FILHO 2007). Reconhece, desta forma, outros elementos tocantes à saúde para além da condição biológica, que determinam se um sujeito está ou não saudável, incluindo assim aspectos subjetivos, culturais, políticos e sociais nos processos de saúde-doença.

Novas conceituações de saúde também podem ser visualizadas no desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e na criação e sustentação do SUS que, ao definir “saúde” tem extrapolado a visão simplista de “evitar doenças”, buscando restaurar em toda a sua plenitude os valores mais amplos da vida. Pode-se observar tal movimento no conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se define que “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986).

Pensar o conceito ampliado de saúde assim como de seus determinantes sociais dentro das penitenciárias é um grande desafio. São diversas as definições sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), mas há alguns consensos. Segundo a Organização Mundial da Saúde os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (BUSS, PELEGRINE FILHO 2007).

Nessa linha, a saúde e seus determinantes passam a ser compreendidos de forma ampliada, considerados os aspectos relacionados a condições individuais de vida de um sujeito, mas também influenciados pela maneira como vivemos e nos organizamos enquanto sociedade. Nessa definição, percebe-se que a saúde está relacionada com a qualidade de vida e que para se *ter* saúde é preciso que se garantam outros direitos sociais, assegurando a cidadania dos sujeitos e coletivos.

O entendimento de saúde enquanto um direito social básico, proposto na Constituição Federal através da criação do SUS, também guiou as reflexões produzidas nesta pesquisa. Concorro com Ruben de Mattos (2006) ao discutir a concepção de saúde enquanto um direito, o que inclui tanto a garantia de acesso aos serviços de saúde, quanto o reconhecimento da “solidariedade entre a luta pelo direito à saúde e a luta por vários outros direitos” (MATTOS, 2006 p.129). Compreendo a saúde, portanto, enquanto um direito de toda e qualquer pessoa, numa perspectiva integral de assistência tida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1988, Brasil, 1990).

Destarte, refletir sobre a saúde em um território prisional é atentar para a oferta e a disponibilidade do sistema de saúde na perspectiva da integralidade, além de compreender que a saúde está intimamente relacionada à garantia de direitos sociais, quais sejam o acesso ao trabalho, à educação, ao lazer, à alimentação, à moradia, etc. É compreender, também que as condições de saúde da população prisional são diretamente influenciadas pela privação de liberdade em locais onde no mais das vezes há condições insalubres de higiene e instalações físicas precárias e nos quais outros direitos são negados (BRASIL, 2007, 2014c).

Esta ampliação conceitual de saúde e de seus determinantes também amplia aquilo que tem sido definido como cuidado em saúde. Segundo Felipe Machado, Roseni Pinheiro e Francine Guizardi (2006, p.57):

A produção do cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que se baseia o modelo biomédico, a partir do qual as ações de saúde têm historicamente se estruturado.

No desenvolvimento do campo da saúde, o modelo biomédico ainda prevalece tanto na produção de conhecimento quanto na organização das práticas de cuidado em saúde. Para Camargo Jr. (2007, p.64) como consequência do modelo biomédico tem-se a:

...ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase em uma perspectiva curativa ou no máximo contemplando a prevenção das ditas doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações, por exemplo, toda a dinâmica social subjetiva que dá de fato sentido a existência humana.

O cuidado que um serviço de saúde pode ofertar não é apenas o de avaliar sintomas, diagnosticar uma doença e prescrever o tratamento adequado. Essas ações são parte da oferta de cuidado que a/o trabalhadora/or da saúde pode disponibilizar. Mattos (2006, p.129), ao discutir sobre o conhecimento necessário para a/o profissional de saúde ofertar cuidado refere que “o conhecimento fundamental é aquele que diz respeito às formas de cuidado, que permitem reconhecer as necessidades e ter a habilidade de aplicar as tecnologias pertinentes”. Porém, o autor adverte que as intervenções das/os profissionais de saúde não deveriam resultar na colonização e no distanciamento entre o conhecimento da/o profissional e de quem demanda o cuidado, devendo ser partilhado, sim, entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar.

Para tanto, o cuidado em saúde deve ser construído junto a/ao usuária/o de acordo com as suas necessidades, desejos e possibilidades, pela via do acolhimento e da escuta qualificada. A concepção de cuidado que tomei neste trabalho dialoga também com a percepção de Roseni Pinheiro e Ricardo Ceccim (2005), os quais compreendem que o cuidado não se resume a procedimentos técnicos ou à conduta assistencial. Para a autora e o autor, a prática cuidadora envolve o assistir e o tratar, segundo os parâmetros de acolhida e respeito, dando lugar às singularidades.

Merhy (1998) ao problematizar a tecnologia do cuidado em saúde nos aponta algumas pistas como forma de compreendê-la de maneira mais ampla. Para o autor, as tecnologias do cuidado em saúde podem ser leves, leves-duras e duras. As leves estão relacionadas ao processo das relações no encontro entre sujeitos, usuária/o e profissional de saúde, em que há momentos de fala, escuta e interpretações; as leves-duras são caracterizadas, por exemplo, pelos saberes profissionais estruturados; por fim, as duras estão relacionadas às ferramentas

de trabalho, às máquinas e estruturas organizacionais (Merhy, 1998). Ao desafiar-me a refletir sobre o cuidado em saúde e, de forma específica, sobre o cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas privadas de liberdade no sistema penitenciário, desejei descrever e analisar algumas das formas que esse cuidado assume numa instituição prisional.

Romani (1999), ao estudar a construção social do “problema da droga”, reflete a respeito da forma de gestão, do controle, da produção de comportamentos e de normas, do desenvolvimento de profissionais e instituições especializadas no tema e apresenta três modelos discursivos nos quais esse problema se constitui como tal: o penal, o médico e o sociocultural. Para o autor, o modelo médico está inserido no contexto do progresso da ciência como verdade científica. A ciência médica hegemônica está baseada em uma lógica biologicista e individualista e se insere num contexto em que a corporação médica legitima um lugar de fala, de autoridade sobre o campo da saúde. Desse modo, cria-se um distanciamento entre o conhecimento popular e o conhecimento técnico, no qual a verdade se constrói por evidências científicas. No que tange o uso de drogas, este modelo centraliza-se nos efeitos farmacológicos das substâncias sobre os indivíduos e desenvolve a noção de uma síndrome clínica: a dependência química.

Visto assim, o indivíduo passa a ocupar a posição de um sujeito enfermo e, portanto, há necessidade de diagnosticá-lo e tratá-lo como qualquer outro doente. O uso/comércio de drogas além de uma questão penal se torna, assim, uma questão de saúde pública. Para Romani (1999), essa perspectiva biomédica se estrutura e se baseia no marco penal jurídico-repressivo, possibilitando uma dupla trajetória institucional - policial e médica - e uma dupla rotulagem - criminoso e doente.

Como forma de superar o modelo penal e médico, Romani (1999) apresenta o modelo discursivo sociocultural. Este modelo tem suas origens nos estudos etnográficos e antropológicos (principalmente os que se destinaram a abordar o uso de drogas em sociedades “primitivas”, assim como o uso de alucinógenos e o complexo xamanico em determinadas culturas) e permite questionar a perspectiva da droga como um problema *a priori*, refletindo a respeito do etnocentrismo existente nos modelos anteriores. Assim, a própria construção social da droga como droga se converte em objeto de estudo. Entre seus argumentos principais, afirma-se que para pensar o fenômeno das drogas é necessário articular três fatores: a substância, o indivíduo e o contexto.

Passos e Souza (2011) afirmam que o saber médico e criminológico, através da psiquiatria e do direito penal, são as disciplinas que têm operado a normalização das condutas

desviantes – o doente e o criminoso - no encontro entre a política antidrogas e o paradigma da abstinência. Os autores definem o paradigma da abstinência como:

...uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso. (PASSOS E SOUZA 2011, p. 157).

Penso que, no contexto brasileiro, a busca pela superação do discurso penal e médico no cuidado ofertado às pessoas que usam drogas pode ser visualizada em parte das políticas públicas de saúde como, por exemplo, na diretriz da redução de danos (RD). Destaco desta diretriz a não centralidade do cuidado na eliminação do uso de drogas – a abstinência. Rafael Dias, Iacã Macerata e outros autores têm proposto uma ampliação no entendimento da RD, definindo-a como um novo paradigma clínico, ético e político para o cuidado de pessoas usuárias de drogas em contraponto ao paradigma hegemônico da abstinência e *Guerra às Drogas* (DIAS; MACERATA, 2014; PASSOS; SOUZA, 2011; PETUCO, 2014).

Nesse sentido, escolher a RD como paradigma no cuidado em saúde é compreender as inúmeras possibilidades de relação entre uma pessoa e o uso de drogas. Rose Mayer (2010) afirma que a RD como modo de intervenção reconhece o protagonismo das pessoas que usam drogas e as diferentes relações que, a partir daí, podem ser estabelecidas – experimentação, uso, abuso e dependência. Desse modo, a RD preconiza o cuidado centrado no usuário, a partir da necessidade do sujeito e não direciona seus esforços à abstinência, respeitando a experiência, a autonomia e a escolha das pessoas quanto à decisão de usar drogas (DIAS; MACERATA, 2014; MAYER, 2010; PASSOS; SOUZA, 2011; PETUCO, 2010).

Diante destes apontamentos, busquei refletir nesta pesquisa a respeito de como acontece o cuidado em saúde para mulheres que usam drogas e encontram-se privadas de liberdade numa penitenciária. Como os diferentes discursos sobre o tema têm interpelado as/os profissionais da equipe de saúde desta penitenciária?

3.2 Caminhos metodológicos

Utilizo a metáfora do caminhar em alusão ao meu processo de fazer pesquisa. Desde o início, soube que não poderia prever o que seria encontrado no trilhar/pesquisar e diante disso foi preciso estar aberta ao novo e ao imprevisto. Sinto-me uma pesquisadora/caminhante que (re)constrói o caminho a cada passo. As incertezas foram, em muitos momentos, razão de desconforto e de insegurança; no esforço de superá-las foi preciso dar *passo a passo* e estar

aberta às possibilidades surgidas pelo caminho. Tais movimentos foram possíveis pela postura adotada no fazer pesquisa que, para mim, está sempre sujeito a (re)criações, e em que é necessário existir brecha para o imprevisto, o imprevisto, a sensibilidade, a novidade, que ocorre apenas quando estamos abertos para as incertezas inerentes ao seu percurso. Entretanto, é importante destacar que isso não quer dizer que qualquer lugar de chegada serviria ou que não houve rigor teórico-metodológico no trajeto. Neste capítulo, apresento minhas escolhas metodológicas e o percurso traçado para a realização deste estudo.

Inicialmente, meu desejo era realizar a pesquisa com as mulheres prisioneiras, porém, por não conhecê-las e por acreditar que seria difícil falar-lhes sobre o uso de drogas, uma vez que se encontram em uma instituição de segurança pública, optei por direcionar a pesquisa a uma equipe de saúde inserida no território de uma Penitenciária Feminina. A escolha por buscar compreender o cuidado em saúde a partir da equipe de saúde atuante na instituição mostrou-se como uma potente possibilidade em compreender as produções do campo da saúde quando em um território prisional.

Ainda que haja feito tal escolha, intuí a necessidade de aprofundar a experiência e vivenciar, dentro do possível, a instituição prisional. Nesta busca, aproximei-me da Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional, no Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual Saúde, onde tive a oportunidade de desenvolver oficinas juntamente às atividades do programa Primeira Infância Melhor. Assim, encontrei parcerias para desenvolver, primeiro quinzenal e depois semanalmente, oficinas terapêuticas¹³ com mulheres privadas de liberdade na Unidade Materno Infantil (UMI). A Unidade Materno Infantil é destinada às mulheres que estão em período final da gestação e também para àquelas que tiveram seus filhos e filhas durante o encarceramento. As crianças podem permanecer junto às mães na instituição até que completem um ano de vida.

Esta inserção durou aproximadamente oito meses e ocorreu na mesma instituição penitenciária onde realizei este estudo. Nas atividades desenvolvidas tive a oportunidade de vivenciar o território-prisão, conhecer e conviver com seus diferentes sujeitos e, em particular, com as prisioneiras e suas/seus filhas/os. Eu sentia que estava dentro da instituição, mas para as presas eu era alguém de fora, sem conexão com a cadeia. A identidade visitante, que realizava atividades pontuais mas que não fazia parte da instituição, possibilitou-me um *entre*

¹³ As oficinas eram diversificadas e construídas sempre junto às mulheres prisioneiras com a intenção de contemplar seus desejos e interesses. As atividades propostas foram variadas, entre elas realizamos oficinas de práticas corporais, de shantala para os bebês, cine debates, oficinas de autocuidado, produção de fanzines e atividades artesanais variadas.

lugar, o que permitiu a criação de vínculos com as presas e que dotava de uma certa relação de confiança.

Durante as atividades conversávamos sobre assuntos diversos, e suas histórias de vida: elas aos poucos nos contaram as acusações pelas quais respondem e suas situações jurídicas; sobre o sofrimento produzido pela privação da liberdade e consequentemente a separação de suas famílias; sobre os direitos que não são garantidos na instituição; sobre o desafio de permanecer com seus filhos na prisão e o desejo de poder ir embora antes de a criança completar o primeiro ano, evitando assim a separação compulsória; e sobre o desafio para a construção do vínculo possível entre a criança que está na instituição prisional e a família que se encontra fora dela.

As atividades desenvolvidas raramente contaram com a participação de profissionais vinculadas/os à penitenciária, sejam as agentes de segurança ou trabalhadoras/res da equipe de saúde e do setor psicossocial. Acredito que esta condição possibilitou, durante as atividades, que conversássemos de forma mais espontânea e sem tantos filtros sobre como se vive no território-prisão.

Por mais paradoxal que seja a vida na prisão parece escapar por entre as grades, resistir e rebrotar todos os dias. Convivi com mulheres prisioneiras que se desentendem, brigam entre si, mas que também amam, solidarizam-se, apoiam-se, resistem e subvertem as normas e as tradições da prisão. Compartilho esta experiência, que me possibilitou a entrada no território-prisão ao conhecer um pouco de sua sócio-dinâmica, além de ter sido esse o espaço em que pude conviver sistematicamente com as presas. Tudo o que foi vivido e sentido nessa experiência marca meu corpo pesquisadora e, assim, passa a constituir parte desta dissertação.

Esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa e está inserida no campo da Saúde Coletiva. Segundo Bosi (2012), a pesquisa qualitativa apresenta respostas a certos desafios que transcendem o modelo tradicional da ciência positivista no campo da saúde. Para a autora, na esfera da pesquisa, “isso significa investimentos e estudos de processos humanos em lugar de tão somente estocar biotecnologias – que, a despeito de sua indiscutível importância, apenas serão úteis se e quando assimiladas culturalmente” (ibidem, p. 577).

Maria Cecília Minayo, ao discutir a utilização da pesquisa qualitativa, afirma que esta metodologia “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (2010, p. 57). Esse tipo de pesquisa pode ser utilizado para conhecer, descrever e/ou dar visibilidade a

processos sociais pouco conhecidos de grupos particulares e possibilita construir novas abordagens, revisar e criar novos conceitos e categorias durante a investigação (ibidem).

Dessa forma, optando pela perspectiva qualitativa para este estudo, pretendi me aproximar do cotidiano vivido por uma equipe de saúde em um território prisional, privilegiando o olhar para os elementos que não podem ser quantificados, visto que referem-se às relações, às dinâmicas e às experiências estabelecidas entre os sujeitos da pesquisa. Opção, essa, que vai ao encontro das ideias de Bosi, as quais relacionam a pesquisa qualitativa a “objetos que exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão” (2012, p. 576). Assim sendo, olhar a experiência de uma equipe de saúde em uma instituição penitenciária é uma possibilidade de compreender, e dar a ver, a complexidade que transversaliza a organização do cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas em uma prisão.

A escolha desta Penitenciária¹⁴ como local para realizar o campo deve-se aos fatos de: existir uma equipe de saúde prisional nesta instituição; a sua localização, que viabilizou as idas a campo da pesquisadora; e à disponibilidade da equipe em receber a pesquisa. No primeiro semestre de 2015, realizei duas visitas ao local para conhecer brevemente o cotidiano do serviço, a composição da equipe, a organização dos processos de trabalho e também para conversar sobre a possibilidade da instituição receber a pesquisa. Tive a oportunidade de compartilhar o cotidiano da equipe de saúde durante dois meses nos quais compareci três turnos por semana à instituição e para a produção do material empírico foram utilizados dois procedimentos de pesquisa: entrevista e observação.

A entrevista é uma estratégia muito utilizada em pesquisas, destina-se a construir informações pertinentes ao objeto de estudo e pode ser definida como ‘conversas com finalidade’ (MINAYO, 2010). A escolha da entrevista semiestruturada se deu pela possibilidade que essa técnica permite de não cerceamento da fala da/o entrevistada/o, ampliando o escopo de fala que seria permitido por simples perguntas e respostas, em que o/a pesquisador/a procura “encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa” (ibidem, p. 265).

A entrevista foi realizada com as/os doze trabalhadoras/res da equipe de saúde¹⁵ durante o segundo mês que permaneci na penitenciária. Consequentemente, quando a conversa foi realizada havia certo vínculo com os participantes e conhecimento da dinâmica

¹⁴ No capítulo 4.1 *Um mapa sobre o território-prisão* descrevo com maiores detalhes a instituição aqui estudada e seus sujeitos.

¹⁵ A equipe de saúde e seus membros estão descritos de forma detalhada no capítulo 4.2 *A saúde no território-prisão*.

do território-prisão. Em conversas individuais, convidei-os a participar da entrevista, expliquei sua temática e seu tempo aproximado de duração para que pudéssemos, por fim, combinar a data para a sua realização. Nesse momento, também, lhes era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que me punha à disposição para eventuais dúvidas sobre a pesquisa.

Em virtude do funcionamento da penitenciária e da disponibilidade das pessoas, as entrevistas foram realizadas nos consultórios e nas salas da Unidade Básica de Saúde. Houve a exceção de uma trabalhadora, que me levou até uma sala na entrada da instituição, entre a porta externa e a porta da recepção. Intuo que este pedido teve a ver com a trabalhadora desejar um espaço de fala em que não corresse o risco de ser ouvida. Penso que em grande parte das entrevistas foi garantido um espaço de fala com privacidade, entretanto, por ser realizada na própria UBS, pude perceber, em alguns momentos, o uso de subterfúgios como baixar o tom de voz, por parte dos entrevistados.

De maneira geral a equipe contribuiu com a realização das entrevistas, reorganizando-se para deixar salas disponíveis e respeitando o pedido de não circular no espaço disponibilizado. Sempre antes de iniciar a conversa, retomávamos os objetivos da pesquisa, os cuidados éticos e lhes era solicitada autorização para gravar a conversa. A duração dos encontros costumou variar entre trinta minutos e uma hora. Para a sua realização foi organizado um roteiro temático (APÊNDICE A) no fito de possibilitar que informações relevantes sobre o objeto de estudo fossem cobertas pela entrevista. O roteiro permitiu ampliar e aprofundar a comunicação para compreender o ponto de vista das/os entrevistadas/os, provocando as narrativas de suas vivências e suas interpretações sobre a temática abordada. A ordem do roteiro proposta não foi seguida rigidamente e, à medida que as entrevistas iam fluindo, os diferentes pontos eram abordados; quando isso não ocorria, eu os estimulava por meio de perguntas mais diretas. Foi preciso flexibilidade para a condução dessas conversas e aos poucos ganhei segurança; no decorrer do campo, em mim, um corpo pesquisadora se constituiu.

A observação pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, sendo entendida por autoras/es para além de uma técnica de pesquisa, mas como método em si mesmo para a compreensão da realidade (MINAYO, 2010). De fato revelou-se um potente instrumento de pesquisa, pela possibilidade de intimizar com a instituição estudada e com os seus sujeitos. Possibilitou, também, vivenciar e familiarizar-me com as rotinas e as dinâmicas do serviço de saúde. Com ela busquei apreender elementos não

contemplados nas políticas, nos documentos institucionais, nas entrevistas realizadas ou que, na prática, acontecessem de forma diferente.

Para realizar a observação combinei com a coordenação da UBS os turnos em que eu iria a UBS. No início, acordamos que eu frequentaria os turnos da manhã, normalmente mais movimentados em virtude da presença da equipe médica. No decorrer da pesquisa, combinei com a coordenação a diversificação dos dias e turnos para vivenciar a unidade e assim tive a oportunidade de conviver com as diversas rotinas do serviço e com as/os diferentes trabalhadoras/res.

Na maior parte do tempo, permanecia sentada em uma cadeira na recepção da unidade, colocada ali especialmente para mim. Minha presença não passava despercebida, fui questionada pelos diferentes sujeitos sobre quem eu era e o que estava fazendo ali. Aos poucos, senti que minha presença naquele espaço foi sendo naturalizada. Segundo Uwe Flick (2009), pode-se destacar como característica da observação a imersão do/a pesquisador/a no campo, que observa a partir de uma perspectiva de membro e que influencia o que é observado pela sua participação e/ou ainda por sua simples presença.

Quando iniciei a observação, acompanhava-me um caderno grande em que eu anotava as minhas impressões. Assim procedi para não correr o risco de perder informações valiosas sobre o campo. Logo nos primeiros dias, percebi que essa prática causava certo desconforto nas/nos trabalhadoras/res de saúde, que pareciam ficar desconfiadas/os com o que eu estivesse anotando: posição equivocada de uma pesquisadora inexperiente. A partir disso, senti necessidade de primeiro diminuir o tamanho do caderno e depois de abandoná-lo, e então passei a levar apenas uma caneta e um pedacinho de folha para fazer anotações quando a equipe não estivesse presente.

A minha participação em atividades, via de regra, resumiu-se à triagem e consulta pré-natal. Nestas ocasiões, sem exceção, sempre se consultou as prisioneiras quanto à minha permanência durante o atendimento. Na maioria das vezes, elas estavam chegando na instituição e pareciam assustadas, ansiosas e nervosas. Talvez a autorização dada a minha presença não representasse de fato uma possibilidade de escolha da presa diante das circunstâncias e das relações de poder vigentes, porém, de todo modo a pergunta lhes era feita e sua “escolha” respeitada.

A observação, utilizada como estratégia de investigação, permitiu que eu me colocasse o mais próximo possível do “ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção, o mais íntima e mais intensamente possível” (MINAYO, 2010, p. 277). Aproveitei cada brecha para conversar com quem se mostrasse disponível. Interagi com a equipe de

saúde, as agentes penitenciárias e as prisioneiras que conviviam na UBS e aos poucos fui me vinculando com esses diferentes sujeitos.

Conforme Uwe Flick (2009), em suas diferentes fases, a observação amplia a possibilidade de apreender a complexidade do campo e ao mesmo tempo desenvolver as questões de pesquisa. Isto posto, atentei para cada oportunidade que o campo possibilitou de conviver com a equipe de saúde: as idas até o corredor em frente a UBS onde as/os trabalhadoras/es da saúde fumavam cigarros; os encontros na cozinha da UBS para tomar café; os convites para almoçar no refeitório da instituição junto à equipe de saúde; as pausas entre os atendimentos, que oportunizaram as conversas “informais”. Quanto às agentes penitenciárias, sempre que se mostraram dispostas ao diálogo, aproveitei para escutar suas vivências e percepções sobre o território-prisão.

Quando as prisioneiras que estavam na recepção percebiam minha presença e perguntavam o que eu estava fazendo ali, buscava me aproximar, mudava de cadeira e sentava ao lado delas para conversar. Com algumas os encontros foram frequentes, o que possibilitou maior vínculo, trocas e conversas. Diariamente, também, ia à UBS uma presa que realizava a limpeza do espaço, nós chegamos quase no mesmo período na cadeia, éramos novatas no território-prisão. A cozinha da UBS se tornou nosso ponto de encontro, onde aproveitávamos, eu e ela, para conversar, trocas que normalmente aconteciam quando a equipe não estava presente. Talvez ela tenha visto em mim alguém para poder compartilhar a experiência do cárcere. Eu a escutava. O meu corpo pesquisadora se misturava com o restante de mim, a Tatiana, trabalhadora do SUS, militante dos direitos humanos. Senti desejo de fazer algo além de escutar, poder ajudá-la de alguma forma. Assim descobri o desafio e os ‘limites’ de quem se lança em uma instituição como espaço de pesquisa.

Percebi também que a pesquisadora ocupa o lugar de alguém estrangeiro, de fora e se tratando de um território prisional a questão se complexifica. Minha circulação era controlada desde a entrada na instituição, pois o caminho para chegar à UBS não permitia desvios, de modo que nas vezes em que me atrevi a sair do lugar para mim reservado – a cadeira –, senti consequente desaprovação por parte da equipe de saúde e de segurança.

As observações junto à equipe de saúde, assim como as produzidas em minha inserção na Unidade Materno Infantil da penitenciária foram anotadas em um diário de campo que eu produzia ao chegar em casa, e desta forma passaram a compor o material empírico da pesquisa. Neste instrumento escrevi as minhas percepções; o que considerei relevante de conversas informais, da observação de comportamentos; as manifestações dos atores da pesquisa, dentre outros aspectos. Minayo (2010, p. 295), ao falar sobre o diário de campo,

argumenta que “é exatamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações” que pode dar mais riqueza à pesquisa de campo.

Para a análise dos dados, primeiramente realizei a transcrição de todas as entrevistas. Essa foi uma etapa importante para as primeiras aproximações com o material empírico. Juntei os diários de campo às entrevistas o que resultou em uma quantidade substancial de material empírico. Realizei inúmeras leituras desse material, por vezes flutuante e outras em profundidade. Na direção de criar um *corpus* de análise foi preciso selecionar alguns trechos do material empírico relacionados às questões norteadoras desse estudo. Para tal seleção primeiramente destaquei alguns fragmentos do diário de campo e das entrevistas que estavam relacionados às indagações de pesquisa e os organizei em uma tabela dividida por grandes temas: saúde, território, cuidado em saúde, cuidado em saúde para prisioneiras usuárias de drogas. Este foi um exercício desafiador, pois os temas estavam intimamente ligados entre si não lhes sendo possível realizar uma divisão rígida. Entretanto foi através desse exercício que desmanchei a linearidade das entrevistas e diários de campo e que compus outros textos dos quais emergiram as unidades analíticas.

Realizei os movimentos analíticos na direção do que Minayo propõe enquanto análise temática, que é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde e “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (2010, p. 316). Para esse tipo de análise, a presença de certos temas aponta estruturas de relevância e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso. Tal exercício auxiliou para a construção das duas grandes unidades analíticas: território-prisão e sua articulação com a saúde e o cuidado em saúde para mulheres privadas de liberdade. A partir dessas unidades busquei realizar a articulação entre o *corpus* e as reflexões teórico-conceituais propostas neste estudo.

Por se tratar de um estudo no campo da saúde, foi preciso submetê-lo ao crivo de diferentes órgãos responsáveis por analisar eticamente a realização da pesquisa. A pesquisa foi aprovada por banca de qualificação e pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi submetida ao Grupo de Trabalho Ética em Pesquisas no Sistema Prisional, da Escola do Serviço Penitenciário da Susepe, setor responsável pelas pesquisas no sistema prisional que autorizou o desenvolvimento deste estudo. Foi ainda aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS por via da Plataforma Brasil.

Os aspectos éticos foram pensados de acordo com as exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que tem, entre suas diretrizes,

referências da bioética como a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade, visando a assegurar os direitos e os deveres dos participantes da pesquisa. Esse processo de aprovação nos diferentes comitês de ética durou aproximadamente quatro meses, demandando importante investimento de tempo e energia, elementos caros à realização do mestrado.

Ao chegar na penitenciária e conversar sobre a pesquisa com a coordenadora da UBS, senti-me imediatamente provocada. A equipe pouco sabia do estudo que eu iria empreender e as informações de que dispunham eram somente as que eu havia fornecido nas duas conversas ocorridas no ano anterior, quando busquei a equipe para ver da possibilidade de efetuar-se a pesquisa. Iniciou-se aí um processo de entrada em campo junto à equipe de saúde e então entreguei o projeto e pus-me à disposição para responder quaisquer dúvidas.

Ainda nesta conversa inicial, a coordenadora falou sobre as suas experiências com pesquisa na instituição. Segundo ela, muitos pesquisadores utilizam a instituição para realizar seus estudos sem oferecer nada em troca, percepção que compartilho e que também me inquieta. Para que(m) servem nossas pesquisas? Como possibilitar que meu estudo contribua de alguma maneira para o processo de trabalho daquela equipe?

A entrada no campo me mostrou que apesar de a Resolução nº 466/2012 regulamentar os princípios da ética em pesquisa, muitas questões não podem ser previstas por ela – por exemplo, a responsabilidade com as coisas vistas e escutadas das equipes de saúde e de segurança e das mulheres presas. Vi muito mais do que o necessário para essa pesquisa, e saber o que expor, de que forma, com qual finalidade, me pôs o tempo todo avaliando a escrita e o uso das informações geradas no campo. Para mim, esse foi um dos grandes desafios éticos deste estudo.

No decorrer da pesquisa percebi que a simples presença de alguém externo à instituição modifica sua rotina. Seja nas conversas informais, seja nas entrevistas, abre-se a possibilidade de reflexão de trabalhadoras/res sobre a sua própria prática de cuidado em saúde. No último dia de campo, ao me despedir de uma trabalhadora da equipe, ela comentou que minha passagem por ali gerou um pouco de oxigênio, “deu um gás”, enfim, permitiu que ela se questionasse sobre algumas rotinas e regras. Disse ainda acreditar que é importante pessoas de fora ingressarem na instituição para poder dar visibilidade ao contexto prisional, tornando-se parceiros na busca de um sistema carcerário que garanta os direitos da população privada de liberdade.

Ainda diante do desafio de poder deixar algo para a equipe e para que o processo não finalizasse com a minha saída do campo, proponho compartilhar o produto final da pesquisa:

esta dissertação. Assim, disponibilizar-se-á à Escola da Susepe e à equipe de saúde uma cópia da dissertação. Nesse sentido, outra estratégia proposta por mim é possibilitar um espaço de conversa com a equipe de saúde onde eu possa apresentar a pesquisa, combinados dia e horário de acordo com as possibilidades das/os trabalhadoras/res.

4 SAÚDE E O TERRITÓRIO-PRISÃO

Conheci o território-prisão no decorrer da pesquisa, à medida que me foi possível conviver com seus diferentes sujeitos e circular pelos diversos espaços da instituição. Penso que, para compreender a inserção da equipe de saúde nesta penitenciária, é preciso lançar-lhe um olhar atento, aos seus territórios e à sua sociodinâmica, aos seus sujeitos e às suas identidades. Sem a pretensão de dar conta dos múltiplos territórios que compõem a instituição, primeiramente apresento um mapa descritivo do território- prisão que criei a partir do que vi, vivi e senti enquanto corpo pesquisadora.

Apresentar a instituição desta forma, por uma descrição extensiva, é também estratégia que utilizo para que pessoas que tenham pouco ou nenhum contato com instituições prisionais possam “entrar comigo” nos recintos da penitenciária. É uma aproximação a partir de meu olhar estrangeiro, com seus limites e potencialidades. Procurei exercitar este mesmo olhar e o movimento de ir e vir, necessários aos processos de estranhamento e familiarização ao se fazer pesquisa, na segunda parte deste capítulo. Realizei, assim, uma descrição sobre a equipe/serviço de saúde da penitenciária bem como empreendi as análises com base no material empírico produzido durante o trabalho de campo a partir dos conceitos de território, territorialização e identidades.

4.1 Um mapa sobre o território-prisão

“Avisto o prédio da Penitenciária, uma estrutura cor de rosa, onde apenas um pedaço fica amostra por traz de seus muros grafitados. Caminho alguns metros, cruzo o muro e o portão externo. Há um pequeno local onde ficam estacionados os carros das/os servidoras/es. Logo em frente há a porta da penitenciária, uma estrutura grande composta de ferro e vidro e ao lado está a campainha. Anuncio a minha chegada. Da onde estou, vejo outra porta se abrir de onde sai uma agente penitenciária. Ela vem até porta onde eu me encontro e conversamos por entre as grades. Apresento-me e informo que tenho uma reunião com a coordenação da unidade de saúde. Ela questiona sobre quem eu sou. Um pouco insegura digo que sou aluna de mestrado e vou desenvolver uma pesquisa na instituição. Ela pede para que eu aguarde um pouco pois vai checar se estou autorizada a entrar e retorna pela porta de onde saiu. Escuto o barulho das chaves fechando a grade por onde ela passa. Permaneço parada em silencio escutando os barulhos dos automóveis e ônibus. Sinto um

cheiro gostoso de comida vindo de dentro da penitenciária. Olho para cima e vejo o céu azul e meu olhar vai descendo de encontro ao prédio. Reparo nos seus detalhes: uma estrutura antiga, grande, rosa. Um olhar distraído talvez não reparasse que aquela é uma instituição prisional. Vejo janelas e grades. Busco elementos que demonstrem vida naquele lugar e quase não os acho, são somente janelas e grades.

Após alguns minutos a agente vem até a porta, agora sim estou autorizada a entrar. Fico desejando que essa entrada seja mais natural com o passar dos dias” (Diário de campo, 30/03/2016).

A instituição está localizada em uma área central da cidade. Inaugurada em 1944, até a construção de outra penitenciária feminina no ano de 2011, foi a única instituição penitenciária destinada às mulheres no estado. Sua estrutura física não segue o modelo usual das instituições prisionais, e isso parece dizer respeito, no mínimo, a dois fatores: ao grupo que dá origem a instituição - religiosas da Congregação Nossa Senhora da Caridade do Bom Pastor d’Angers -, e ao fato de ser uma instituição destinada às mulheres.

Segundo Maria Wolff (2007, p.37) na origem dessa instituição “a filosofia de trabalho estava relacionada com os preceitos da Igreja Católica. A fé e o arrependimento dos pecados centralizavam a proposta de recuperação, o que se refletia na prestação de um atendimento paternalista”. Nessa direção, estudos sobre o fenômeno do encarceramento enfatizam a vinculação do discurso moral e religioso às formas de aprisionamento das mulheres. Seu confinamento ocorria em locais que possibilitassem a “purificação”, e que eram destinados à domesticação das mulheres criminosas e à vigilância de sua sexualidade, reforçando, assim, a ideia da mulher como sexo frágil, dócil e delicado (BRASIL, 2007, Barcinski, 2012).

A instituição foi gerida por esta congregação no período de 1944 a 1981, ano em que a administração da penitenciária tornou-se responsabilidade da Susepe (WOLFF, 2007). Hoje, a penitenciária faz parte do sistema penal do Rio Grande do Sul, e sua história tem sido contada com ênfase em distintos momentos. Wolff (2007) destaca que, na década de 80, a ideia da prevenção integrava a finalidade da pena e as atividades eram organizadas de acordo com o ideal ressocializador, ou seja: entendia-se que, a partir da oferta de atendimento técnico adequado, do acesso ao trabalho e à educação a apenas poderia “mudar de vida” estando assim “recuperada”. A história da instituição também registra, durante a década de 90 e o início dos anos 2000, a superlotação e o descumprimento dos direitos básicos das mulheres prisioneiras, dentre os quais se destacam a falta de locais para dormir, a quantidade

insuficiente de banheiros, as más condições de higiene do local, a falta de assistência em saúde, a falta de trabalho, a falta de educação, etc (WOLFF, 2007; BRASIL, 2008).

Atualmente, quando a comparada a outras instituições prisionais, é possível dizer-se que, nela, as prisioneiras têm garantido, em certa medida, direitos como acesso à educação e aos serviços de saúde; de maneira geral não há superlotação; as condições da estrutura física não são tão precárias; todas têm acesso à alimentação (são ofertadas quatro refeições por dia), e existe efetivo mínimo, ainda que não o ideal, das equipes de segurança, de saúde e do setor psicossocial.

Em certa medida, a oferta de condições básicas de permanência às presas tem possibilitado a manutenção da ordem na instituição, uma vez que o cenário prisional brasileiro atual tem mostrado que, quanto maior a ausência de direitos, mais complicadas tornam-se as relações entre as pessoas privadas de liberdade e as/os trabalhadoras/res da instituição. O principal presídio¹⁶ existente no mesmo município exemplifica esta situação. Nos contextos de negação de direitos básicos da população prisional, a ordem passa a ser mediada/produzida pela própria população, que desenvolve e impõe suas regras e códigos de conduta próprios. Na penitenciária estudada, foi possível visualizar maior controle e presença do estado, que é exercido principalmente pela equipe de segurança, mas com a participação de outras/os trabalhadoras/es e setores da instituição.

Vivenciei esta presença e controle de diversas maneiras em minha estadia no campo de pesquisa. A entrada na instituição, por exemplo, sempre exigia que eu me submetesse ao mesmo “ritual da segurança”. Sobre esse ritual, registrei em meu diário de campo:

“Acompanhada pela agente penitenciária, entro pela porta externa da instituição e em seguida passamos por outra porta chaveada para chegar à recepção. Na recepção permanecem trabalhadoras/es da equipe de segurança para os quais entrego meu documento de identificação. É necessário que eu deixe minha mochila, com celular, carteira, outros pertences e pego apenas caderno e caneta que irão me acompanhar no campo. A agente pede licença para passar em mim o detector de metal. Ao passá-lo em meus pés o detector se manifesta. Levanto a calça e mostro o sapato, não vemos nada de metal aparente, mas o

¹⁶Em uma interessante entrevista o Juiz Sidnei Bruzуска fala a respeito deste presídio que é considerado um dos piores do Brasil. Segundo o juiz a auto demissão do Estado na gerencia das instituições prisionais alimentam a lógica de controle interno pelas facções. O fornecimento de suprimentos básicos por estas facções – o que deveria ser feito pelo Estado – gera um sentimento de pertencimento e de dívida, o que se reverte em serviços aprestados a estas organizações quando os presos retornam as ruas. Isso evidencia o controle interno dos presídios e faz com que os agentes da segurança, em certa medida, se limitem a meros espectadores do sistema prisional. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/quanto-pior-for-o-sistema-prisional-melhor-para-o-crime-o-central-e-o-pulmao-da-criminalidade/>>

detector insiste em apitar. Ela solicita que eu tire o sapato e assim o faço. Fico um tanto desconfortável, pois não havia nada escondido tampouco que justificasse a manifestação do alarme. Paramos por alguns segundos e agente de segurança diz: “É o chão”. Ela aproxima o aparelho do chão e ele apita novamente. Ela então fala que esse prédio é muito antigo, pode ser que tenha algo enterrado ali: quem sabe ouro?! A coordenadora da unidade de saúde está me aguardando e, após calçar o sapato, aproximo-me e saímos rindo pensando nas possíveis riquezas escondidas. A agente penitenciária abre a grade e nós vamos em direção a unidade de saúde” (Diário de campo, 30/03/2016).

É função da equipe de segurança, situada na recepção, controlar os sujeitos que entram e saem da penitenciária, assim como garantir que não cheguem drogas, celulares, armas e outros objetos e produtos proibidos à instituição. Os “rituais da segurança” são sempre executados por agentes penitenciárias/os e não são os mesmos para todos os sujeitos que por lá circulam. Grupos externos como pesquisadoras/es, grupos religiosos e comunitários devem obter autorização prévia pela direção da instituição para ingressar; quanto ao cotidiano, o acesso é gerenciado pela equipe de segurança, que permite – ou não – a entrada dos sujeitos. Esse grupo, de forma geral, é submetido ao mesmo ritual pelo qual eu passava e que descrevi aqui. Advogadas/os, juízes, defensores públicos e os trabalhadoras/es da instituição não são revistados e nem precisam deixar seus pertences no armário da recepção. Familiares e amigas/os ao visitarem as prisioneiras, devem primeiramente fazer uma carteirinha em dias previamente estabelecidos. Para ingressar nos dias de visita, que acontecem nos finais de semana, familiares e amigas/os, além de terem suas fichas de antecedentes criminais averiguadas, passam por três procedimentos de revista: “banquinho, portal e detector de metal”. Visitantes não passam mais por revistas vexatórias na instituição desde 2014, segundo relato de uma agente penitenciária. Presas passam por procedimentos de revista mais rigorosos e invasivos quando chegam ou quando precisam sair da penitenciária. Podem ser submetidas, ainda, ao que se chama de revista geral: verificação na estrutura da galeria e revista nos corpos das presas.

Sobre a revista geral na galeria, não conversei com a equipe de segurança, mas tive a oportunidade de escutar o relato de uma prisioneira, no dia seguinte ao que a galeria em que estava alocada passou pelo procedimento. Segundo ela, a rotina de averiguação é estabelecida pela equipe de segurança, desta forma, as presas não sabem quando irá acontecer e nem qual galeria será escolhida. Essa mulher era novata na instituição e foi a primeira vez que passou pelo procedimento. Contou-me que a equipe de segurança, ao entrar na galeria, anunciou a

revista e ordenou que as presas permanecessem paradas. Todas foram removidas da galeria e passaram pela verificação de seus corpos, onde tiveram que tirar a roupa e fazer o movimento de agachamento a fim de que se averiguasse se não havia nada de ilícito – como celulares e drogas - escondido em seus orifícios. Elas permaneceram no pátio por algumas horas até que todo o procedimento fosse realizado.

A prisioneira, ao contar essa vivência, falou sobre o medo e a tensão que esse procedimento causa, principalmente pelo receio de que algo ilícito seja encontrado. Como na maioria das galerias as celas são compartilhadas e permanecem com as grades abertas, pode ser que haja algo que uma presa escondeu sem que as outras soubessem. E se algo for encontrado e descoberta for a sua posse, são impostas sanções tais como a permanência em uma cela, “pagando castigo”, ou até mesmo a transferência para outra penitenciária. Após a revista na estrutura física da galeria, quando as presas regressam, segundo diz, o cenário comum é um ambiente bagunçado: lençóis, roupas, alimentos e outros pertences estão todos espalhados pela cela. Ela falou, também, sobre a perda de alimentos e outros produtos nesse tipo de procedimento, pois na busca por objetos proibidos, produtos que estão dentro de potes são retirados e muitas vezes misturados, como por exemplo, sabão em pó e café. Ela menciona o quanto essas perdas são significativas, pois estes são produtos comprados na cantina ou que a família e amigas/os lhe trazem. Esta é uma instituição de controle que, em diferentes níveis, exerce efeitos sobre seus sujeitos. Como veremos mais a frente há algo que escapa à ordem, por maior que seja o investimento em sua manutenção, como por exemplo a circulação e o consumo de substâncias ilícitas.

A circulação na penitenciária é, em geral, gerenciada pela equipe de segurança: controla-se quem são os sujeitos que entram e saem, além da movimentação interna e externa das presas. Próximo à entrada de cada galeria, há um posto da segurança em que as agentes penitenciárias permanecem. Destes locais não é possível ver o interior das galerias, mas as agentes que ali se encontram são responsáveis pela vigilância desses espaços, assim como pelo controle da circulação das presas na penitenciária. Cabe a elas “liberarem as presas” para o pátio, o trabalho, a escola e a unidade de saúde; devendo também permanecerem atentas para conter situações tensas como conflitos ou mesmo para atender a uma demanda urgente de saúde que possa surgir por parte das prisioneiras. Quando o efetivo da segurança está desfalcado acontece de alguns postos ficarem, por determinado período, sem agente penitenciária.

A equipe de segurança é composta por agentes penitenciárias que são trabalhadoras concursadas do estado do Rio Grande do Sul, alocadas na Susepe. Desde 2009, agentes

penitenciárias/os devem ter nível superior completo e suas atribuições são determinadas pela Lei Complementar 13.259 do estado do Rio Grande do Sul. (RIO GRANDE DO SUL, 2009b).

A instituição conta com aproximadamente cinquenta trabalhadoras atuando como agentes penitenciárias, com carga horária de 40 horas semanais, que atuam sob distintos regimes de trabalho – diaristas e plantonistas. Há também em torno de vinte agentes que trabalham em funções administrativas na instituição. As agentes penitenciárias são, em maioria, mulheres e exercem suas funções em esquema de rodízio – circulando entre os diferentes postos. Segundo a Lei de Execução Penal (LEP), nos estabelecimentos destinados a mulheres, agentes de segurança devem ser do sexo feminino, com exceção de pessoal técnico especializado (BRASIL, 1984). Existem, aproximadamente, oito homens agentes penitenciários ativos na instituição, que normalmente desempenham funções de recepção ou de condução das viaturas, não podendo circular nas galerias, nos postos da segurança e na UBS, por exemplo.

Segundo dados da Susepe em julho de 2016, havia na penitenciária 239 vagas disponíveis, e nela se encontravam 247 presas. Destas, em torno de 93% são acusadas por tráfico de entorpecentes (Susepe, 2016). Quanto ao perfil dessas mulheres, de modo geral são jovens (65% das mulheres tem idade entre 18 e 34 anos), brancas (65%) e possuem baixa escolaridade (em torno de 60% não possuem o ensino fundamental completo) (SUSEPE, 2016).

As prisioneiras ficam alocadas em celas distribuídas nas sete galerias existentes: Unidade Materno Infantil (UMI), galeria B1, B2, B3, B4, C e D. As galerias estão distribuídas nos três andares que constituem a penitenciária. Foram poucas as oportunidades que tive de me aproximar das galerias – com exceção da UMI. Algumas vezes acompanhei a equipe de saúde até os postos de segurança das galerias para entregar a medicação do final de semana. Em outro momento, acompanhei uma trabalhadora da saúde que foi conversar com uma presa na porta da galeria D. Nesta oportunidade pude visualizar um pequeno corredor com as portas das celas abertas. Não me foi permitido circular nos territórios das galerias e a justificativa para tanto é a possível periculosidade das prisioneiras.

Uma característica interessante desta penitenciária é que, de maneira geral, as mulheres encarceradas não circulam algemadas ou com escoltas no interior da instituição. Quando liberadas da galeria pela equipe de segurança para ir até outros espaços - pátio, escola, UBS - elas o fazem sozinhas ou em companhia de outras presas. Relativamente a isso, é possível pensar que, apesar de as prisioneiras apresentarem suposta periculosidade, na

convivência cotidiana nem sempre são tidas por perigosas iminentes; caso o fossem, circulariam sempre sob escolta e algemadas, como em outras instituições.

As galerias são os territórios nos quais as presas permanecem a maior parte de seu tempo, mormente as que não estudam ou trabalham e, em seu interior, compõem-se apenas de celas e banheiros. As refeições são realizadas ali mesmo e para muitas mulheres encarceradas a saída só é permitida nos horários do pátio - que se resumem a uma hora por dia - ou quando são chamadas para ir até a UBS, ao setor psicossocial ou ao setor jurídico. Uma característica comum das galerias é que são mantidas, em sua maioria, com as celas abertas, assim as mulheres podem transitar em seu interior. Pelo que pude depreender de minhas conversas com os diferentes sujeitos da instituição, as galerias são *territórios das presas*. Outros sujeitos raramente transitam no interior desses espaços, à exceção da equipe de segurança que circula duas vezes por dia para realizar a contagem das prisioneiras, ou em situações específicas, como na revista geral da galeria. Produz-se, assim, uma territorialidade específica nas galerias, com regras, normas e organização que diferem entre si. De certa forma, cada galeria também evidencia um perfil de presas e características específicas que descrevo brevemente.

No primeiro andar da instituição há o acesso à Unidade Materno Infantil (UMI). Esta foi a única galeria que tive a oportunidade de conhecer e nela convivi diretamente com as prisioneiras e suas/seus filhas/os, como já descrito. Esta unidade é destinada a prisioneiras mães, a seus filhos (que podem permanecer na instituição até completarem um ano de vida), além de ser destinada também a mulheres gestantes no último trimestre gestacional e/ou aquelas que apresentam gestação de risco. A UMI difere das outras galerias em alguns aspectos importantes: sua estrutura física é diferenciada, conta com uma agente penitenciária específica, uma psicóloga e uma assistente social que são referência para as presas e seus filhos, além de uma coordenação própria. Essas especificidades, respondem em boa parte ao fato de as crianças viverem no espaço e de que estas sejam sujeitos que não estão, ou não deveriam estar, cumprindo pena de privação de liberdade¹⁷.

Quanto à estrutura física da UMI, ela é composta de dois andares. No primeiro, há uma sala de convivência equipada com televisão, aparelhos de DVD, livros, sofá, colchonetes, mesas e cadeiras. As mulheres e crianças podem acessar o espaço em horários determinados.

¹⁷ Apesar de a maternidade no sistema prisional não ser tema deste estudo, por ter conviado durante oito meses com as prisioneiras mães e seus filhas/os, muitos questionamentos respeitantes ao tema ressoaram em mim: A criança também fica submetida aos efeitos da privação de liberdade? Que direito deve prevalecer nessas situações, o da criança ou da mãe? Até que idade os bebês devem permanecer na instituição prisional? Como possibilitar que a criança construa vínculos afetivos com familiares que estão fora da instituição? Seria uma possibilidade a mulher puérpera cumprir pena em regime aberto como estratégia para garantir seu direito e desejo de amamentar nos primeiros meses de vida?

Também neste andar, há a sala da coordenação da unidade, salas de atendimento individual para o setor psicossocial, uma lavanderia e um grande salão que, além de ser utilizado para estender as roupas lavadas, comporta atividades como culto, oficinas e outras. No primeiro andar a UMI possui ainda uma cela grande com beliches em que permanecem as mulheres gestantes além de uma pequena cozinha e um banheiro. Ao lado desta cela há uma escada gradeada e subindo por ela chega-se ao segundo andar da UMI. Alí existe um amplo corredor que permite acessar as celas onde permanecem as prisioneiras mãe e seus filhos. As celas lembram quartos: são grandes, possuem janelas gradeadas, banheiro e comportam aproximadamente três presas e três crianças. As portas não ficam trancadas, possibilitando a circulação das presas e de suas/seus filhas/os neste andar.

Conquanto essa estrutura diferenciada, as prisioneiras denunciam uma série de precariedades semelhantes às de outras galerias da instituição, a saber: deficiências na estrutura física, como chuveiros queimados, vasos sanitários entupidos, janelas sem vidro, além da falta de atividades ofertadas pela instituição e a morosidade do sistema penal. Não há nenhum espaço e profissional da penitenciária disponibilizada para permanecer com as crianças. As prisioneiras que estão com seus filhos alegam não poder frequentar a escola nem inserir-se em atividades de trabalho fora da UMI, pois cabe a elas permanecer com as crianças em período integral. Assim, ao mesmo tempo em que se reconhece a condição de *mãe* das mulheres encarceradas, garantindo-lhes o direito de permanecerem com seus filhos, inviabiliza-se, por outro lado, o seu acesso a outros direitos como a educação e o trabalho remunerado.

No segundo andar da instituição encontra-se a maioria das galerias: B1, B2, B3 e B4. A galeria B1 é conhecida como a “galeria das enfermas”; nela encontram-se mulheres identificadas como doentes. Em razão de serem diagnosticadas com doenças crônicas, realizam acompanhamento sistemático na UBS. Nesta galeria há, ainda, uma cela destinada a mulheres grávidas que estão no primeiro ou segundo semestre da gestação e que ali permanecem até a sua soltura ou até que chegue o momento de irem para a UMI.

Na galeria B2 permanecem prioritariamente as mulheres que cumprem pena no regime aberto e encontram-se na penitenciária para “pagar castigo”. A expressão “pagar castigo” é aplicada às mulheres que estão cumprindo pena em regime aberto e que por alguma intercorrência descumprem acordos/regras desta modalidade de pena. O descumprimento das regras verifica-se, por exemplo, na mulher que está utilizando a tornozeleira eletrônica e ultrapassa os limites territoriais permitidos. A média de permanência é de trinta dias ou por período determinado por decisão judicial.

A galeria B3 é destinada às mulheres que trabalham, principalmente, nos Protocolos de Ação Conjunta (PAC). Segundo a Susepe, o PAC “é o instrumento que possibilita a entidades privadas oferecerem trabalho remunerado aos apenados, gerenciado pelo Estado/Susepe” (SUSEPE, 2013). Atualmente, três empresas possuem convênio e ofertam aproximadamente dezenove vagas na instituição. Estas vagas são concorridas, pois constituem uma das poucas alternativas de renda legal que se pode ter na penitenciária, nas quais a remuneração varia entre R\$ 600,00 a R\$ 800,00 mensais. Em razão do trabalho, as presas saem cedo da galeria e vão para os ambientes laborais localizados no interior da instituição, onde cumprem carga horária de oito horas diárias. Em muitos casos o almoço e o intervalo de descanso são realizados nesses locais e as mulheres retornam para a galeria apenas no final da tarde. É importante destacar que, apesar de sua condição de trabalhadoras, essas presas não usufruem de qualquer direito trabalhista como férias, décimo terceiro salário, contribuição previdenciária, licença saúde e/ou maternidade, entre outros.

A galeria B4 é conhecida como a “galeria do seguro”, e é destinada a mulheres que cometeram crimes tidos como inaceitáveis para as demais prisioneiras, como o infanticídio e o abuso de crianças. A separação visa a garantir a integridade física dessas mulheres que, em convívio com as outras, podem sofrer atos de violência e retaliação. Tais presas ficam dentro de suas celas 24 horas por dia, sem poder circular nem mesmo no interior da galeria. Em nome de sua suposta segurança, são impossibilitadas de percorrerem os espaços onde se encontram as outras prisioneiras e, assim, acabam por não poder estudar ou trabalhar. As saídas da cela e da galeria acontecem esporadicamente, na hora do pátio ou no momento em que são chamadas à UBS, ao setor jurídico ou ao psicossocial.

No terceiro andar estão as galerias C e D. A galeria C é destinada às presas que trabalham na cozinha e, por esta razão, têm acesso a facas, garfos, abridores e outros objetos que podem ser usados como armas nocivas em conflitos internos. Manter uma galeria específica para essas trabalhadoras parece ser uma estratégia de controle para que esses objetos não circulem pela instituição. Há certa atenção para a escolha de prisioneiras que trabalham na cozinha e permanecem nesta galeria, a seleção é realizada pela nutricionista e por uma agente penitenciária que possui desvio de função e atua na supervisão da produção de alimentos. As presas precisam estar dispostas a cumprir ordens das/os trabalhadoras/es da penitenciária e assim “trabalhar para o sistema”, condição que nem sempre é bem vista pelas demais presas. Entretanto, trabalhar na cozinha, além de reduzir a pena, possibilita um acesso diferenciado à alimentação; estas mulheres, por exemplo, não comem a comida que é

mandada para “a geral”¹⁸, têm mais autonomia, na medida do possível, quanto ao que consomem.

Na galeria D permanecem as presas provisórias e/ou primárias e/ou que estão chegando ao presídio. Segundo relatos da equipe de saúde, da segurança e das prisioneiras, é uma das maiores galerias e, também, uma das mais complicadas. Nela há maior circulação de mulheres e, em alguns períodos, permanece superlotada, favorecendo com isso o surgimento de brigas e de desentendimentos entre presas. A complexidade dessa galeria está relacionada a vários fatores, entre os quais se destaca a necessidade de aprender “a tornar-se prisioneira”; ou seja, parece haver um modo de se viver na cadeia, com regras e dinâmicas próprias e não necessariamente oficiais e/ou legais, que deve ser aprendido por quem chega à instituição. A maioria dessas mulheres, por estar ingressando na penitenciária, ainda não trabalha nem frequenta a escola, ficando a maior parte do tempo confinada na galeria.

Há, ainda, mais dois espaços que comportam prisioneiras e que não consegui conhecer, apesar de minha curiosidade: o “buraco” e o espaço da admissão. “Buraco” é o termo pelo qual as presas nomeiam as celas destinadas a quem, por algum motivo, está “pagando castigo”. O castigo decorre de alguma falta disciplinar cometida, podendo ser ameaçar ou agredir outras presas e trabalhadoras/es; estar portando objetos ou substâncias proibidas como drogas ou celulares, por exemplo. As faltas disciplinares e suas sanções estão previstas na LEP e no Regimento Disciplinar Penitenciário do estado (Brasil, 1984; Rio Grande do Sul, 2009c). No cotidiano da instituição, quem determina se uma prisioneira vai para a cela do castigo e quanto tempo deverá lá permanecer é a equipe de segurança. Em conversa, algumas mulheres encarceradas relataram-me que a duração do castigo é de, aproximadamente, dez dias e que o espaço é uma cela escura, úmida e sem janelas, onde há apenas uma cama, por isso o apelido de “buraco”.

O espaço da admissão é ocupado pela mulher que está chegando na penitenciária e ali permanecerá até “subir” para a galeria que lhe for destinada. Pelos relatos que ouvi de presas, fica-se ali por alguns dias e nem sempre há camas ou cobertas suficientes para todas. Elas, por estarem chegando à instituição, permanecem presas nesse local e, no geral, não acessam o pátio nem outros espaços da instituição, como a UBS e a escola. Aguardam até passarem pelas triagens do setor da saúde, do psicossocial, do jurídico e da atividade de segurança e disciplina (ASD). Neste último setor decide-se em qual galeria a prisioneira irá permanecer.

¹⁸ Geral é a terminologia utilizada nas instituições prisionais para referir-se a população privada de liberdade.

Há dois pátios da instituição que se localizam no primeiro andar. É um espaço de circulação compartilhado pelos diferentes sujeitos: local onde as mulheres encarceradas tomam sol e onde acontecem as visitas nos finais de semana; trabalhadoras/es também circulam e utilizam o espaço; grupos externos passam por eles para chegar até os locais onde realizam as atividades. Nas minhas idas e vindas, o pátio foi lugar de passagem para chegar a meus diferentes destinos. Em algumas situações minha passagem coincidiu com o horário de pátio destinado a prisioneiras de algumas galerias. Na maioria das vezes, passava por elas em silêncio. Em algumas trocamos palavras: sobre o tempo, ou quando elas perguntavam quem eu era. Nessas oportunidades, com frequência, elas aproveitaram para denunciar algumas das más condições a que estão submetidas como o frio e a inexistência na oferta de atividades de trabalho e/ou educativas pela instituição. Acredito que me falavam sobre isso na esperança de serem escutadas por alguém que pudesse amplificar e interferir, para provocar mudanças em tais situações.

Há, ainda, um terceiro espaço aberto, localizado nos fundos da penitenciária. É um local amplo, gramado e arborizado e que dispõe de uma área que lembra uma quadra de esportes. Conforme relato de uma profissional da equipe de saúde, esse espaço era utilizado pelas presas para práticas de atividade físicas e de lazer, mas em função do baixo efetivo da segurança isso não vinha sendo possível. Atualmente há neste local uma montanha de lixo. Segundo um agente penitenciário, o governo do estado do Rio Grande do Sul parou de pagar a empresa responsável por sua retirada. Assim, o lixo se acumula ali da mesma forma que as vidas das aprisionadas se acumulam na instituição. Seriam estas vidas descartáveis a tal ponto que, assim como este lixo, não se lhes atribui valor?

No primeiro andar localiza-se, ainda, a sala da direção da penitenciária e o setor psicossocial. O cargo de direção atualmente é ocupado por uma assistente social, funcionária da Susepe, que foi indicada pela gestão da Secretaria Estadual de Segurança Pública. Quanto ao setor psicossocial, é nele que permanecem os psicólogos e os assistentes sociais, que ocupam os cargos de técnico penitenciário de nível superior e que são vinculados à Susepe. A estas/tes profissionais compete uma série de atribuições, quais sejam: realizar o desenvolvimento e a implementação de políticas de tratamento penal; planejar, executar e avaliar os programas de individualização da pena; compor equipes que busquem reduzir as situações de vulnerabilidade psicossocial das presas, auxiliando no processo de socialização; avaliar e acompanhar as condições de saúde das prisioneiras; entre outros (RIO GRANDE DO SUL, 2009b). No período de realização do campo desta pesquisa estavam trabalhando no

setor três profissionais de cada área, responsáveis por acompanhar as mais de duzentas prisioneiras da instituição.

Grande parte da alimentação consumida na instituição é preparada nas duas cozinhas do primeiro andar. Uma das cozinhas é destinada à preparação das refeições da “geral”. A outra cozinha produz as refeições servidas às trabalhadoras/es da instituição e os alimentos que compõem as dietas que algumas presas, em específico, recebem. Na cozinha trabalham as prisioneiras, porém, constitui-se espaço onde as trabalhadoras da equipe de segurança circulam juntamente à nutricionista que supervisiona o preparo dos alimentos. A cozinha é considerada um território perigoso, pois há água e óleo quente e porque por ela circulam objetos como facas, garfos e outros utensílios. Há um controle rigoroso de quem circula nesse espaço, assim com há a contagem diária de todos os utensílios.

A escola se localiza no segundo andar e ali funciona um núcleo de Educação de Jovens e Adultos. As atividades acontecem nos turnos da manhã, tarde e noite e são destinadas às séries iniciais, ensino fundamental e médio. Para frequentar a escola as mulheres devem ser encaminhadas pelos outros setores da instituição ou então devem enviar o seu nome por meio de outra prisioneira que já frequente a escola. Visitei este local apenas uma vez. Conheci as salas onde são desenvolvidas as atividades em grupo e uma outra equipada com computadores. Nesse dia, as presas estavam aguardando no corredor para retornar à galeria. Portavam em mãos trabalhos manuais que haviam desenvolvido no espaço, e que expunham orgulhosas para a trabalhadora da saúde a quem eu acompanhava.

O setor de valorização humana também se encontra no segundo andar e dispõe de uma agente penitenciária. A trabalhadora deste setor é responsável por inserir as mulheres nas atividades ocupacionais e educacionais que a instituição oferta. Também cabe a ela contabilizar e produzir os relatórios referentes às horas de trabalho e de estudo que podem ser utilizadas para remissão da pena das prisioneiras, na proporção de três dias trabalhados/estudados para subtrair um dia de pena. As atividades educacionais englobam as oficinas escolares e as de artesanato. Das vagas de trabalho ofertadas, com exceção das disponibilizadas pelo PAC, a maioria é destinada à manutenção da instituição. As mulheres podem trabalhar na cozinha, na higienização, na manutenção e na coleta de lixo. Cada galeria tem, também, duas panelas que buscam e entregam os *pandecos* - nome dado aos potes em que são entregues as refeições - além de uma *cantineira* - a cantineira possui uma lista¹⁹ de produtos que podem ser comprados na instituição, para as prisioneiras que dispõem de

¹⁹ Nesta lista estão objetos de higiene e alimentação, como shampoo, hidratante, sabão, leite, bolacha, achocolatado em pó, mas com valores bem maiores do que a média do preço cobrado fora da instituição.

dinheiro para pagá-los. As atividades destinadas à organização interna da instituição contam para remissão de pena, mas nem sempre são remuneradas e, quando o são, via de regra é em valores baixíssimos. O trabalho na higienização, por exemplo, remunera R\$ 30,00 a cada três meses (!!!).

Com este mapa descritivo, busquei trazer elementos da penitenciária, alguns que certamente podem ser reproduzidos em demais instituições prisionais e outros que a tornam única e carregada de singularidades. Apresentando seus sujeitos, espaços internos, regras, rotinas, é possível compreender, sob certo aspecto, o cotidiano dessa instituição. Esta contextualização sobre o território-prisão permite que se analisem alguns elementos vinculados à existência de uma equipe / serviço de saúde na penitenciária.

Desta forma, no capítulo seguinte, buscarei descrever a Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas/eus trabalhadoras/es para, então, analisar algumas dimensões da articulação entre os território(s) da saúde e da segurança, no espaço da penitenciária. Intentarei, ainda, realizar um exercício analítico, direcionando o olhar para as produções identitárias de alguns sujeitos da instituição - agente penitenciária, profissional da saúde e prisioneiras – que são interpeladas pelo discurso da saúde enquanto um direito da população privada de liberdade.

4.2 A saúde no território-prisão

A UBS está localizada no segundo andar da instituição e fica distante do acesso às galerias. Sua estrutura física conta com: dois consultórios, compartilhados entre as equipes médica e de enfermagem; sala onde a nutricionista e a equipe de enfermagem realizam atendimentos; consultório do dentista; sala para atendimento psicológico; sala para a assistente social; um espaço para procedimentos com um leito; pequeno corredor onde há armários para as medicações estocadas; banheiro e uma pequena cozinha. De maneira geral, é possível dizer que sua estrutura física é adequada para os atendimentos individuais, mas não há espaço para a realização de atividades coletivas como grupos e oficinas.

Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta - feira, das 8h às 17h e, atualmente, a equipe é composta por doze profissionais. Todas/os profissionais participaram da entrevista proposta e, no decorrer da pesquisa, houve a possibilidade de nos conhecermos e de convivemos em diferentes intensidades. A seguir encontra-se um quadro em que busco apresentar algumas características das/os trabalhadoras/res da equipe de saúde:

Quadro 1 – Profissionais que compõe a equipe de saúde, sexo, carga horária de trabalho, vínculo institucional e tempo de atuação no sistema prisional.

Formação	Sexo	Carga Horária Semanal	Vínculo Institucional	Tempo em que atua no sistema prisional
Assistente Social	Feminino	40 horas	Susepe	15 anos
Dentista	Masculino	40 horas	Susepe	23 anos
Enfermeira	Feminino	30 horas	Município	6 anos
Enfermeira	Feminino	30 horas	Município	16 anos
Médico Pediatra	Masculino	40 horas (compartilhada com outras instituições)	Secretaria Estadual da Saúde (cedido)	3 anos
Médico Psiquiatra	Masculino	4 horas	Município	6 anos
Médico Clínico e Infectologista	Masculino	8 horas	Município	5 anos
Médico Clínico e Geriatra	Masculino	8 horas	Município	6 anos
Nutricionista	Feminino	40 horas	Susepe	16 anos
Psicóloga	Feminino	40 horas	Susepe	12 anos
Técnica de Enfermagem	Feminino	30 horas	Município	1 ano
Técnica de Enfermagem	Feminino	30 horas	Município	6 anos

Fonte: Própria autora

Como é possível observar no quadro acima a equipe é composta por sete mulheres e cinco homens. Destas/es, um trabalhador é vinculado a Secretaria Estadual da Saúde, quatro trabalhadoras/es pertencem ao quadro funcional da Susepe e sete são trabalhadoras/res contratados pela Secretaria Municipal de Saúde²⁰. No que se refere ao tempo de atuação no sistema prisional uma participante mencionou trabalhar a um ano, um participante respondeu

²⁰ As/os trabalhadoras/es vinculados ao município são terceirizados. A contratação é feita por convênio com uma empresa hospitalar que é a mesma que atua em outra instituição prisional do município. Esta empresa também é responsável pela disponibilização de trinta e dois leitos clínicos de média complexidade destinados a pessoas privadas de liberdade. Este setor de internação está localizado em um hospital do município e é adaptado com grades nas portas e janelas além de contar, em tempo integral, com profissionais de segurança da Susepe.

três anos, cinco participantes afirmaram trabalhar entre cinco e seis anos e outras/os cinco afirmaram trabalharem a mais de dez anos. Cabe ainda destacar que nas entrevistas realizadas a maioria das/os participantes mencionou que foi trabalhar no sistema prisional por casualidade, ou seja, não havia planejado atuar com esta população e afirmou ainda que durante a graduação não houve formação específica— disciplinas, projetos de extensão - que abordassem esta temática.

A inserção da equipe de saúde prisional na instituição ocorreu no ano de 2011, amparada no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) como já mencionado. À época de sua implantação, a equipe da UBS foi composta pelas/os trabalhadoras/res de saúde vinculadas/os à Susepe que já atuavam na instituição; pelas/os profissionais que pertenciam ao setor psicossocial e foram realocados para o serviço de saúde, além de novos membros vinculados à gestão municipal.

Esta equipe tem uma composição distinta se comparada às que atuam na maioria dos serviços de atenção básica e que muitas vezes contam com um grupo mínimo composto por médica/o, enfermeira/o, técnica/o ou auxiliar de enfermagem, agente comunitária/o de saúde, cirurgiã/o dentista e técnica/o ou auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2012a). Tal particularidade pode ser justificada pelo fato de esta ser uma UBS localizada no território prisional, uma vez que a PNAISP prevê composições ampliadas de equipes de saúde para esta população (BRASIL, 2014b). Portanto, a instituição funciona em convergência com a política pela qual se busca reconhecer as características específicas deste contexto e possibilitar uma maior resolutividade das necessidades de saúde dentro da própria instituição prisional. Esta condição de contar com diversas/os trabalhadoras/es compondo uma equipe ampliada de saúde também difere do contexto de outras instituições prisionais do estado, tanto é que algumas instituições não possuem equipes de saúde com a composição mínima indicada na PNAB - caso, por exemplo, de outra penitenciária feminina integrante do sistema penitenciário estadual (SUSEPE, 2016).

Nas entrevistas realizadas as/os trabalhadoras/res da equipe de saúde referem que, de maneira geral na instituição as prisioneiras conseguem ter mais acesso ao serviço de saúde do que quando em liberdade, principalmente após a implantação das rotinas da UBS. Antes da implementação da UBS, havia a inserção de algumas/uns profissionais da saúde na instituição, no mesmo local físico, a que chamavam de enfermaria. Lá trabalhavam profissionais da área da saúde vinculados, principalmente, à Susepe. Esse período de transição entre enfermaria e UBS foi mencionado em muitas entrevistas e por isso invisto, aqui, no

aprofundamento de aspectos que permitam discutir mais a criação da UBS no território-prisão.

“Tinha uma sala que era limpa que era onde o médico e a ginecologista atendiam, o resto era tudo fechado, tudo abandonado. Então, foi uma construção desde o ambiente até as rotinas, muitas mudadas no primeiro ano, que a gente veio com uma ideia de fazer e não dava para fazer e hoje eu acho que já se ganhou, se conquistou esse espaço, que a gente luta todo dia pra não perder... Então todo dia tu tinha que provar pra que tu veio, que isso não é mais a enfermaria de encher o bolso e ficar distribuindo remédio” (Participante 2)²¹.

“À enfermaria todo mundo tinha acesso [...] para pegar medicação, para levar, para entregar, uma UBS não... Eu me lembro que uma vez eu vim aqui para cobrir as férias de uma colega e as presas vinham sem os agentes e com uma listinha: eu quero tantos diazepam e paracetamol pra levar pra galeria” (Participante 3).

“Foi muito difícil de desconstruir, ainda é, mas está bem melhor, que isso não é mais a enfermaria da penitenciária feminina que isso aqui é uma UBS, que tem gestores, que são o município, o estado, muito difícil de desconstruir; então as colegas entendiam isso como uma enfermaria, então chegam aqui a hora que querem, trazem a hora que querem, se tiver que pegar medicação pegam, o que não acontece mais” (Participante 4).

As/os trabalhadoras/res descrevem como era o espaço físico da enfermaria e fazem referência, sobretudo, ao processo de construção de um novo modo de fazer saúde no território-prisão, que está em constante tensionamento. Há um processo de territorialização em curso, que institui a prisão como território da saúde e, ao fazê-lo, coloca em funcionamento, também, a apropriação de uma estrutura física pelo setor saúde, a UBS. Faria (2013, p.136), ao discutir sobre o processo de territorialização afirma que esta

... como toda a relação de poder, é uma apropriação, uma dominação. E a apropriação denota algo de fora que se projeta e se impõe. Obviamente, a apropriação requer um agente apropriador (o serviço), uma relação de poder (a oferta, o recurso) e uma área a ser apropriada (o território).

Quando a Unidade Básica de Saúde é implantada na instituição, a equipe de saúde prisional passa a disputar um território, a impor seus saberes e práticas, processos que provocam distintos embates e, também, refazem alianças, principalmente entre os setores da segurança e da saúde e as prisioneiras. Apesar de a saúde ter conquistado um território, o processo de sua apropriação é contínuo e cotidiano; segundo uma/um das/os trabalhadoras/res

²¹Para manter o anonimato dos entrevistados opto por nomeá-los como “participante” e a cada um foi dado, de forma aleatória, um número de um a doze.

é preciso lutar diariamente para não perdê-lo. Os membros da equipe de saúde mencionam ainda um esforço para legitimar saberes e práticas inerentes ao campo da saúde, principalmente os que são constitutivos do modelo biomédico, como: prescrições, avaliações, orientações, distribuição e aplicação de medicações. Desta forma, essas ações passam a ser atribuições específicas da equipe de saúde, que possuiria o conhecimento especializado para tal, não estando, nem agentes, nem presas, autorizados a fazê-las.

O discurso médico, posicionado como verdade científica, tem possibilitado que as/os profissionais de saúde sejam reconhecidos e autorizados/os a utilizar esse conhecimento para diagnosticar, prescrever, aplicar, e gerir práticas de cuidado do campo da saúde, não sendo esta uma especificidade do contexto prisional. Um aspecto que ganha muita relevância nesse processo de inserção da UBS na instituição prisional é o da prescrição e dispensa de medicamentos que é tomado como prerrogativa médica e das/os trabalhadoras/es da área da saúde.

As prisioneiras, por exemplo, não podem deslocar-se até uma farmácia para comprar medicamentos que dispensem prescrição médica - para cólica e para dor de cabeça, por exemplo - qual os sujeitos que não estejam privados de liberdade costumam fazer. Para ter acesso a esse tipo de medicação, de maneira geral, a presa precisa que a equipe de saúde disponibilize ou autorize que um familiar a traga nos dias de visita (quando a UBS não dispõe da medicação). Entretanto, isso não impede o acesso a esses ou a outros tipos de medicamentos; não é incomum, por exemplo, que uma presa recorra à solidariedade de outras prisioneiras que tenham a medicação ou então ao comércio “ilegal” de medicações dentro das galerias. Essas estratégias utilizadas revelam que, mesmo em contextos em que o exercício da automedicação é, sob vários aspectos, bastante cerceado, as presas avaliam a necessidade de usar ou não determinada medicação, e criam condições para acessá-las.

Na perspectiva das/os trabalhadoras/res da equipe, como profissionais da área de saúde, elas/es estão na instituição para prestar cuidado e atendimento de saúde, o que difere das funções atribuídas a equipe de segurança por exemplo. Em uma das entrevistas com uma/um trabalhadora/or da saúde sobre a diferença entre ser uma/um agente de segurança ou da saúde na instituição prisional e se essa diferença era percebida pelas prisioneiras foi respondido:

“Muitas vezes, até na própria estética, o preto e o branco do uniforme, então diferencia visualmente” (Participante 2).

Desta maneira, tanto o uniforme quanto, sobretudo, a sua cor, entram nos processos de significação que operam nesse sistema, demarcando posições e diferenciando sujeitos: o branco identifica a equipe de saúde, que está ali para cuidar, enquanto o preto²² distingue a equipe de segurança que está na instituição para manter a norma e a ordem. Nesta direção, também não caberia à equipe de saúde nem julgar nem punir, sendo função de suas/seus integrantes garantir que o acesso à saúde seja operacionalizado na instituição. Destaco o trecho de outra entrevista que demarca diferenças entre a equipe de saúde e segurança:

“A gente tem olhar de saúde, a paciente tu vê ela como paciente normal de um serviço de saúde, tu não olha ela com aquele olhar de presa, perigosa, já a segurança olha com outros olhos” (Participante 1).

Por um lado, pode e deve ser possível que as/os trabalhadoras/res da equipe de saúde utilizem outras lentes para olhar as mulheres prisioneiras que não enquanto criminosas, mas como sujeitos que têm direitos e necessidades de saúde. Sob esse viés e com a inserção de uma equipe de saúde e de uma UBS na instituição, (re)afirma-se outra identidade que mulheres privadas de liberdade compartilham: a de sujeito de direitos e, neste caso, de pacientes e/ou usuárias do SUS. Sobre a saúde enquanto um direito das prisioneiras, dizem as/os trabalhadoras/res:

“... São pessoas como nós que precisam do acesso à saúde e têm o direito. Vamos puni-los duplamente? Quer dizer, eu privo da liberdade e ainda deixo adoecer, vou deixar morrer e não vou dar acesso à saúde? Isso é inconcebível” (Participante 4).

“Quando chega uma triagem eu já digo que não me interessa qual é o teu delito, pra mim tu é uma paciente, uma usuária do SUS e eu estou aqui pra atender” (Participante 3).

“É o que eu sempre digo, a gente tá tratando de pacientes, não de aprisionadas. É diferente. É uma que outra, por ter uma repercussão em mídia eu sei porque tá aqui, mas 99% eu não sei porque tá aqui e nem quero saber. Eu tô tratando como paciente. E procuro tratar da melhor maneira possível. Não é porque elas estão sendo atendidas numa unidade do SUS e porque são presas, que tu vai tirar mais um direito, o direito que elas tem à saúde. Presas sim,

²²O uso de metáfora em que a palavra preta / negra é utilizada para referir-se de forma negativa a algum elemento como, por exemplo, *lista negra*, *buraco negro*, tem sido alvo de reflexão e de debate ao sinalizar que seus usos estão relacionados com preconceitos raciais. Apesar de reconhecer a importância desta discussão, não irei fazê-la aqui de forma aprofundada. Entretanto, também não poderia deixar de sinalizá-la. Ainda na direção de multiplicar significados, a cor preta, neste caso, além de representar as agentes penitenciárias como os sujeitos a quem está vinculada a punição, também demarca a cor dos sujeitos atribuídos de legitimidade para manter a ordem na penitenciária. Outro aspecto interessante pode ser visualizado no desejo de diferenciar, por exemplo, prisioneiras de agentes penitenciárias: nesta instituição apesar de as presas poderem usar algumas de suas roupas, é proibido que utilizem peças de roupas pretas.

mas ela têm todo o direito de serem tratadas como pessoas e mais: terem acesso à saúde, tem que trata-las bem” (Participante 7).

Deste modo, a equipe parece compartilhar a noção de saúde enquanto um direito da mulher prisioneira, que não deixa de ser cidadã porque está privada de liberdade. Assim, a fala das/os profissionais está em consonância com os princípios constitucionais e com as diretrizes fixadas nos documentos e nas políticas públicas de saúde para a população prisional. Corroborando com tal perspectiva, Helena Salgueiro Lermen et al (2015), ao analisarem as terminologias utilizadas nos documentos da LEP, PNSSP e PNAISP, também destacam mudanças para se referir às pessoas em instituições prisionais: de “presos e condenados” para “população privada de liberdade”. Para as autoras essas alterações não acontecem por acaso e indicam:

...algo além de uma simples mudança de terminologia. A nosso ver, a expressão “pessoas privadas de liberdade” refere-se à compreensão de que as pessoas cumprindo pena no sistema penitenciário estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeitos de direitos. (LERMEN et al., 2015, p.910).

No entanto, e apesar da negação evidenciada nas falas das/dos trabalhadoras/res de saúde, as identidades de sujeito de direitos e/ou de usuária do SUS dificilmente se descolam, nas regras e nas rotinas cotidianas, da identidade social *prisioneira* (e, assim, também, das identidades de criminosa e de perigosa) que, nesse contexto em que os territórios da saúde e da segurança se encontram, seguem sobrepondo-se às demais. Isso se materializa, por exemplo, quando se exige a presença de uma agente penitenciária na UBS para que as prisioneiras sejam atendidas. A presença obrigatória da agente é uma reivindicação da equipe de saúde, justificada pela periculosidade que as prisioneiras podem representar. Nas entrevistas é possível destacar trechos que tanto dão corpo a esta afirmação, quanto a ramificam em outras direções:

“Sem a segurança a gente não consegue atender, então, já faz uns três dias que a gente está parado porque não tem segurança; mas assim, elas são parceiras, tudo que a gente pede, o que depender delas, se tiver agente para trabalhar não tem problema... elas fazem tudo que a gente pede, ‘ah! tem que atender a fulana’, elas conseguem resolver” (Participante 1).

“Aqui tem profissionais que não são da Susepe [membros da equipe que são terceirizados], e entender que a própria presença do agente aqui é necessária pra resguardar a integridade física desses colegas, desses profissionais que não são nossos, tem que resguardar a nossa também porque somos técnicos não somos agentes, mas mais ainda dos colegas que são do

município... pode acontecer de uma presa agredir, ok, ela poderia agredir a mim, mas acredito que a responsabilidade é muito maior com esse colega que não é da Susepe, que não recebe periculosidade, acho que não recebem insalubridade” (Participante 4).

Assim, a equipe de saúde impõe a necessidade da agente de segurança na UBS para que os atendimentos sejam realizados. Ao mesmo tempo em que enfatizam que as mulheres atendidas são pacientes/usuárias, evidenciam temor e reivindicam medidas de segurança, porquanto elas seriam, também, perigosas / criminosas; constituem-se, pois, múltiplas e conflituosas identidades nos processos de cuidar em saúde que se desenvolvem nesse território, por si só conflituoso e ambíguo.

Porém, é importante destacar que ao mesmo tempo em que se exige a presença das agentes penitenciárias na UBS, sua atuação limita-se quase sempre à recepção do serviço, dos atendimentos propriamente ditos elas não participam. Procura-se, assim, garantir um espaço de escuta privativa entre a equipe de saúde e as prisioneiras. É possível afirmar que, apesar de a UBS ser um espaço compartilhado entre trabalhadoras/res da saúde, prisioneiras e agentes penitenciárias a UBS torna-se o território da equipe de saúde, que é quem organiza e institui fluxos e rotinas.

Durante os atendimentos, de modo geral, as prisioneiras também não permanecem algemadas, o que demonstra que a relação entre equipe de saúde e prisioneiras ocorre sem grandes conflitos, ao menos no que diz respeito a possíveis agressões físicas. No decurso do campo, apenas uma vez presenciei situação de tensão na UBS, quando uma prisioneira ameaçou uma trabalhadora da equipe de saúde. Nesta situação a prisioneira, depois de conversar com a supervisora da equipe de segurança e com a coordenação da UBS foi algemada e atendida. Da mesma forma, é necessário destacar que, nos contextos urbanos atuais, o receio de sofrer agressões, verbalizado por equipes de saúde, em seus locais e relações de trabalho não é uma especificidade do contexto prisional; essa preocupação tem sido registrada em diferentes serviços de saúde. (ILMEIRE VASCONCELLOS, ANGELA ABREU, EVELINE MAIA, 2012; ANA MARIA SANTOS et al., 2011). No contexto prisional, no entanto, tanto o receio quanto a prevenção de situações perigosas – com a presença de agentes penitenciárias - parece justificar-se com maior facilidade.

Para que a equipe de saúde realizasse o atendimento na instituição foram pactuadas e concretizadas ao longo do processo rotinas com o setor da segurança. A equipe de segurança se organiza para estar diariamente no turno da manhã na UBS, momento em que mais há profissionais da equipe de saúde- profissionais médicos, por exemplo, só estão nesse turno-

para a realização das consultas. No turno da tarde frequentemente acontece de não haver uma agente penitenciária exclusiva para permanecer em período integral na UBS; se houver escoltas ou outras intercorrências, é preciso que as equipe de saúde e de segurança negociem o horário de atendimento.

Apesar desses pactos, e com a justificativa de efetivo insuficiente, nem sempre é possível garantir a permanência de uma agente na UBS, mesmo no turno da manhã, e se não há agente, não há atendimento: “já faz uns três dias que a gente tá parada porque não tem agente” ecoa a fala de uma/um entrevistada/o. Dessa forma, também, o direito ao atendimento da usuária/ cidadã é colocado em suspenso. Acompanhei a equipe de saúde durante os três dias em que não houve uma agente penitenciária para permanecer na UBS. Nesse período a equipe de saúde trabalhou em suas demandas internas, com as portas da UBS fechadas, e as prisioneiras ficaram impossibilitadas de acessar o serviço, salvo em situações emergenciais em que eram trazidas pelas agentes penitenciárias.

Há também períodos rotineiros em que a instituição penitenciária fica sem a presença da equipe de saúde, como após as 17hs, aos finais de semana e aos feriados. As prisioneiras, nesses períodos, precisam negociar a possibilidade de atendimento em saúde diretamente com as agentes penitenciárias. Sobre isso, em uma tarde em que realizamos uma atividade com as prisioneiras da Unidade Materno Infantil, nos foi contado em tom de denúncia:

“Hoje durante a atividade as prisioneiras nos contaram sobre uma situação ocorrida no final de semana: um dos bebês estava com febre e vinha sendo cuidado pela sua mãe. A febre não cedeu e perto das duas horas da madrugada o bebê fez uma parada respiratória. No turno da noite não permanece uma agente penitenciária na UMI, assim as prisioneiras mães começam a gritar para que alguém da segurança aparecesse. Elas relatam que as agentes chegaram e disseram que aquela não é hora de ficar doente e acusaram a prisioneira mãe de não saber cuidar do filho e ser responsável pelo seu adoecimento. Houve uma certa agitação pois as prisioneiras pressionaram para o bebê ser levado até o hospital. Elas relataram o clima tenso diante desse impasse e a ameaça de serem punidas que aí se colocou, mas que continuaram reivindicando o direito de o bebê ter atendimento de saúde. A segurança levou a criança e a mãe para o hospital. O nenê, ao chegar na instituição hospitalar, teve mais três paradas cardíacas, o que agravou o seu quadro de saúde” (Diário de campo abril de 2016).

A atividade que havia sido programada não aconteceu, o espaço foi tomado pela necessidade de se falar sobre o ocorrido. Ao conversar com as prisioneiras sobre essa situação, elas comentaram o descaso do sistema prisional para as questões de estrutura física e

as implicações por não terem seus direitos respeitados. No que tange à estrutura física, falaram sobre as janelas com vidros quebrados, os chuveiros estragados, a umidade do local que, para quem vivencia o rígido inverno no sul do país, sabe que esses não são “detalhes” sem valor. Quanto a seus direitos, referiram que por estarem – as prisioneiras e seus bebês-privadas de liberdade, não poderiam acessar os serviços de saúde de acordo com as suas demandas e necessidades.

Sem a equipe de saúde presente na instituição, caso haja alguma intercorrência caberá ao setor da segurança avaliar a situação e resolvê-la. A equipe de segurança não deseja ser responsável por episódios que possam gerar conflitos ou denúncias por negligência, por exemplo, e estas situações costumam ser permeadas por tensões agudas. A equipe de segurança precisa distinguir, portanto, quando a situação é uma emergência ou não; se a prisioneira – e neste caso sua/seu filha/o - poderá aguardar até ser atendida pela equipe de saúde prisional no dia seguinte ou no início da semana, ou se será necessário levá-la imediatamente a um serviço de saúde externo à instituição. Estas decisões não estão codificadas *apriori*, e a equipe de segurança, em muitos casos, não dispõe de expertise para tomá-las.

Mariana Barcinski, Bibiana Altenbernd e Cristiane Campani (2014,) em artigo que discute a atuação de agentes penitenciárias, analisam suas atribuições, tal como previstas nas legislações. Para as autoras, as atribuições caracterizam uma dupla função desses agentes: a punição e a ressocialização. Entretanto, elas destacam que:

... a ênfase recai em atividades cujo objetivo é a manutenção da ordem e da segurança das prisões. Tal objetivo expressa-se na legislação através da referência explícita a termos como controle, vigilância, custódia, supervisão e fiscalização. No cumprimento de suas funções, portanto, o agente executa serviços de vigilância e custódia, aplica medidas restritivas de direitos e de privação de liberdade, bem como atua na execução de programas e ações de apoio ao tratamento penal para socialização dos detentos. (BARCINSKI, ALTENBERND, CAMPANI, 2014, p.2248).

Essa dupla função, de punir e de ressocializar, demarca diferentes identidades que interpelam o sujeito *agente penitenciária*. A elas cabe o controle e a vigilância, mas também lhes cabe possibilitar que as prisioneiras consigam acessar seus direitos no cotidiano da prisão. E acontecendo alguma situação emergencial enquanto a UBS estiver fechada, a prisioneira deverá ser levada pela equipe de segurança a um serviço de saúde externo. Este contexto faz com que haja pontos em que a atuação das equipes de saúde e de segurança não só se encontrem, mas se confundam, tornando as ações intersetoriais fundamentais para a implementação do cuidado em saúde neste território. Em uma das entrevistas, perguntei a

uma/um trabalhadora/or da equipe de saúde se a equipe de segurança agia como parceira para a realização dos atendimentos, ao que foi respondido:

“Muito, porque eles precisam de nós por dois motivos: primeiro porque eles não entendem nada de saúde e não tem obrigação de saber e segundo se eles não tem a nós, elas [as prisioneiras] vão ficar enchendo o saco e aí o que acontece, elas vão ter que pegar essa presa e deslocar até um hospital e isso pra eles é muito ruim ... por exemplo, fechar um posto pra deslocar a presa até um hospital fora, sendo que aqui dentro tem uma UBS pro atendimento. Então elas vão sempre nos apoiar, principalmente na sexta-feira, que é quando elas mais pedem pra gente dar todo atendimento porque chega o final de semana e elas sabem que nós não vamos estar aqui e o que acontece, elas vão ter que pegar no final de semana e levar essa presa pro atendimento e aí dá falta de pessoal” (Participante 8).

Tal deslocamento e a necessidade de a escolta permanecer com a prisioneira nos serviços de saúde externos impactam na organização interna da penitenciária. Provavelmente a penitenciária ficará com um número insuficiente de agentes penitenciárias. Desta forma, poderá ocorrer de que algum posto fique vazio, o que implica na rotina da liberação das prisioneiras para o pátio, a escola, o trabalho e a UBS; com o baixo efetivo, pode não ser possível disponibilizar uma agente penitenciária para permanecer na UBS, e isso por sua vez inviabilizará o acesso das prisioneiras ao serviço de saúde; a recepção poderá ficar com menos funcionárias/os e disso resultará a impossibilidade de entrada de grupos externos na instituição. Se a atenção em saúde ali empreendida for resolutiva, não será necessário realizar deslocamentos até serviços de saúde alheios à instituição. Sobre isto, pode-se afirmar que a equipe de saúde contribui para a manutenção da ordem no(s) território(s) da penitenciária.

A partir da discussão realizada neste capítulo, é possível reconhecer a penitenciária como um território vivo e existencial, na direção do que Macerata, Soares e Ramos (2014) propõem, ao reconhecer o território para além do espaço físico; nesse sentido a penitenciária é constituída de diferentes territórios que com a introdução da equipe de saúde se modifica e se recria cotidianamente. No decorrer das observações e entrevistas, foi possível constatar que o território possível para a equipe de saúde tem sido somente a UBS. As/os profissionais de saúde não estão autorizados a circular no interior das galerias, por exemplo. A única galeria em que presenciei a circulação da equipe de saúde foi o espaço de convivência da Unidade Materno Infantil. Da mesma forma ocorre com a utilização de outros espaços internos, como o grande pátio arborizado, em que não tem sido possível a circulação, justificada pelo baixo efetivo da equipe de segurança.

A organização deste(s) territórios(s), suas rotinas e regras, os processos de territorialização que produzem distintos territórios, assim como o encontro entre os diversos sujeitos, suas histórias e sua cultura, vão atravessar de forma significativa as práticas de cuidado em saúde na instituição. No próximo capítulo buscarei analisar como o cuidado em saúde tem sido ofertado para as prisioneiras e, de forma específica, para aquelas que são usuárias de drogas.

5 CUIDADO EM SAÚDE PARA MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

“Chego na UBS e já estão a postos a agente penitenciária e parte da equipe de saúde. A agente penitenciária liga para os postos das galerias a fim de chamar as presas que recebem a medicação assistida. Fazem parte deste grupo de mulheres aquelas que possuem dificuldade de sozinhas administrar o uso da medicação, assim como as que apresentam resistência para tomá-las e/ou que a equipe de saúde necessite acompanhar diariamente. Após essa rotina iniciam os atendimentos médicos, nutricionais, odontológicos, de enfermagem, da assistência social e psicológicos. A agente penitenciária liga para o posto da galeria, chamando as prisioneiras que estão na lista de atendimento do dia, de duas em duas, cumprindo a combinação realizada entre as equipes de segurança e de saúde. Busca-se com isso manter a UBS sem “muita agitação” e “muito tumulto”. As presas chegam na UBS sem algemas nem escolta, recebem seus prontuários e aguardam na recepção até serem chamadas para consulta. As consultas médicas têm duração curta, de aproximadamente cinco minutos. A maioria das mulheres que consultam com o médico saem com uma receita das medicações que foram prescritas. A equipe de enfermagem as entrega e (re)orienta a forma como devem ser administradas. Os atendimentos com as/os outras/os profissionais - dentista, assistente social, enfermagem, psicóloga e nutricionista - possuem duração variada e normalmente são ofertadas menos vagas de atendimento por turno. Por vezes são atendimentos rápidos, mas não é raro durarem quinze/ vinte minutos, ou até mais, de acordo com a demanda da prisioneira e o procedimento que está sendo realizado. Ao saírem dos atendimentos as presas que tomam medicação controlada - psicofármacos - recebem a quantidade correspondente a uma semana. Terminadas as consultas médicas, as mulheres da galeria atendida e que utilizam medicação controlada mas não consultaram no dia são chamadas para retirá-las. O turno da manhã normalmente tem esse funcionamento. No turno da tarde não há equipe médica na UBS, mas o restante das/os trabalhadoras/res continua realizando os atendimentos: triagens, exames e consultas” (Diário de campo, 11 de abril de 2016).

Trago este trecho do diário de campo que, ao descrever brevemente um dia típico de funcionamento da UBS, permite que se faça a análise de alguns elementos relacionados ao cuidado em saúde na penitenciária. O cuidado aqui é entendido como objeto principal do *fazer* da equipe de saúde; versa sobre os aspectos que se produzem no encontro entre a/o trabalhadora/or de saúde e as prisioneiras, mas não se restringe a eles. Nesta direção, apoio-me na concepção de Merhy (1998) sobre as diferentes tecnologias utilizadas para o cuidado

em saúde, que podem ser: leves, leves-duras e duras. Estas tecnologias dizem respeito, respectivamente, às relações entre equipe de saúde e usuária/o do serviço, aos saberes técnicos e às ferramentas de trabalho, às máquinas e às estruturas organizacionais (ibidem). Vale destacar, também, que não há hierarquia quanto à importância dessas tecnologias para que o cuidado em saúde aconteça de forma efetiva. A cada situação, faz-se necessário uma combinação entre as tecnologias conforme a necessidade de cada usuária/o.

Neste capítulo, busco visibilizar algumas características da organização, da dinâmica e das atividades que se traduzem nas práticas assistenciais disponibilizadas por essa equipe de saúde. Essas características são semelhantes às de uma UBS que se encontre fora de instituição prisional, contudo, estão diretamente relacionadas à condição de privação de liberdade de suas usuárias e são marcadas pelo território no qual a equipe está inserida, a prisão.

No que concerne ao acesso ao setor saúde, diz-se que a UBS é a porta de entrada da penitenciária, pois é o primeiro serviço pelo qual as mulheres que estão chegando à instituição devem passar. A triagem da equipe de saúde é realizada de segunda a sexta-feira pelas profissionais do núcleo da enfermagem. Neste processo de triagem as mulheres são atendidas individualmente, respondendo a um questionário que aborda aspectos referentes à estrutura familiar, aos motivos da prisão e a questões relacionadas à saúde, como a existência de alguma doença - tuberculose, HIV, diabetes, hipertensão -, ao uso de medicações, à realização de acompanhamento especializado em saúde mental, ao uso de drogas (lícitas e ilícitas), à possibilidade de gestação, entre outros. Neste momento, abre-se o prontuário da prisioneira e caso ela solicite e/ou a equipe de saúde avalie ser necessário, pode ser marcada ou realizada a testagem de gravidez, HIV e tuberculose. Nas triagens que acompanhei, observei que esse momento se restringe ao preenchimento do questionário e costuma ser de curta duração.

Para a realização das consultas existe uma agenda programada em que cada dia da semana é destinado ao atendimento de uma ou duas galerias: segunda-feira é dia de atender as prisioneiras da UMI e galeria D, terça-feira é dia das galerias C e B4, quarta-feira é dia das galerias B1 e B2, a quinta-feira está destinada à galeria B3 e na sexta-feira são realizadas as consultas psiquiátricas com mulheres de todas as galerias. Para que uma presa acesse a UBS, ela precisa colocar o nome em uma lista que permanece com uma prisioneira responsável pela tarefa de agendamento em cada galeria. Nesta lista consta o número de vagas para consultas disponibilizadas pelas/os profissionais médico, nutricionista, dentista e enfermeira.

Tal organização, tanto da triagem quanto da agenda de consultas, foi implantada pela equipe de saúde na transição entre a enfermaria e a UBS. Wolff (2007) realizou um estudo

nesta penitenciária quando não havia ainda a UBS, no qual constatou a precariedade na disponibilidade e na prestação do cuidado em saúde na instituição. Com a introdução da UBS e de sua equipe, parece ter havido maior efetividade do serviço, sobretudo no que diz respeito ao princípio da universalização, que é o direito de acesso à saúde de toda e qualquer pessoa (Brasil, 1990), ao menos no que toca à atenção de saúde realizada no interior da instituição.

De maneira geral, de acordo com a escala prevista para os atendimentos das diferentes galerias, todas as mulheres que solicitam consulta médica, nutricional e de enfermagem são atendidas. Já os pedidos de consultas odontológicas nem sempre são realizados integralmente segundo a demanda das prisioneiras. Algumas vezes as ouvi reclamarem aguardar atendimento por muito tempo, de modo que era aproveitado para reforçar o pedido toda vez que fossem à consulta com outras/os profissionais da equipe. Tal fato pode estar relacionado a diferentes elementos, tais como: a duração dos atendimentos, a complexidade dos procedimentos que são realizados - restaurações dentárias, tratamento de canal -, a inexistência de técnicas/os ou auxiliares de saúde bucal como previsto nas políticas, e a própria dinâmica de trabalho deste profissional.

Entretanto, as necessidades de saúde das presas não seguem, necessariamente, o cronograma estipulado pela instituição. Existem situações emergenciais em que elas chegam à UBS sem prévio aviso. Presenciei, por exemplo, a chegada de duas mulheres desmaiadas que foram trazidas – carregadas no colo – por outras prisioneiras, acompanhadas pela agente penitenciária. Nestes casos, como é esperado, a equipe realiza os atendimentos.

Diariamente, também, chegam à UBS pedidos de consulta feitos por presas que não pertencem à galeria prevista na escala de atendimento do dia. A demanda espontânea não é uma exclusividade do contexto prisional e atendê-la tem sido um desafio cotidiano para as equipes de saúde. A política de acolhimento para as UBS do Ministério da Saúde indica que “é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos” (BRASIL, 2012c, p.28).

Diferentemente das UBS que estão fora de territórios prisionais, nesta, as usuárias não podem ir livremente até o serviço. A demanda espontânea chega ao serviço de saúde de diferentes formas: por meio das agentes penitenciárias, que ligam para UBS a fim de encaminhar a solicitação da presa e/ou por meio de outras prisioneiras que estão sendo atendidas na UBS ou circulando pela instituição. Algumas vezes presenciei presas entregando bilhetinhos de outras prisioneiras para integrantes da equipe de saúde, nos quais solicitavam atendimento. Normalmente cabe a equipe de enfermagem fazer esta avaliação e, se julgando necessário, estender a discussão a outras/os integrantes da equipe de saúde.

As presas, ao estarem nas galerias - territórios nos quais a equipe de saúde não circulavam estratégias para serem ouvidas e atendidas pela equipe de saúde, que avalia os pedidos considerando os sintomas referidos e o histórico da usuária demandante. Esse histórico se relaciona com suas condições de saúde assim como com a frequência com que ela solicita atendimentos. Por exemplo, se a prisioneira foi recentemente atendida em função dos mesmos sintomas referidos e já foi medicada e/ou ela frequentemente solicita consultas que a equipe entende serem desnecessárias, ela não será atendida. Para que a presa tenha acesso ao serviço de saúde ela precisa denotar algum sintoma de doença que justifique a flexibilização do cronograma de atendimento. Aqui se articula uma importante questão, que é o que a equipe tem entendido como necessidade de saúde. Simone et al. (2014, p.170) destacam que:

No SUS, quando se fala em saúde, fala-se daquilo que as pessoas reconhecem como sendo suas necessidades e demandas e para os quais elas possam recorrer aos serviços e profissionais de saúde... Nesse sentido, trata-se de não focar nos sintomas e nas doenças, mas sim na construção e acompanhamento de projetos de vida.

Entretanto, de maneira geral, na organização do processo de trabalho da equipe de saúde, tanto no que diz respeito à demanda espontânea quanto à disponibilidade de consultas, o reconhecimento das necessidades de saúde está voltado a aspectos sintomáticos da manifestação de doenças, o que não é uma particularidade desta equipe. Em um estudo que teve como base publicações científicas que abordam o conceito de necessidades de saúde, Célia Maria Sivalli Campos e Marcel Oliveira Bataiero (2007, p.611), afirmam que a “tendência dos serviços de saúde continua sendo a de tomar necessidade de saúde bastante identificada com a doença...”.

Desta forma, foi possível entender que no cotidiano de trabalho da equipe de saúde na UBS, os atendimentos seguem a lógica de pronto-atendimento, ou seja, as prisioneiras, para serem atendidas, precisam apresentar sintomas de doença, como já mencionado. Malgrado isto, também ocorre situações em a busca pelo atendimento na UBS não está relacionada à manifestação de um sintoma patológico. Acontece de presas solicitarem atendimento na UBS para encaminhar alguma situação que elas não estejam conseguindo resolver, reconhecendo as/os trabalhadoras/res da equipe de saúde como alguém que lhes pode acolher e orientar em tais situações. Em entrevista realizada com uma/um profissional da equipe de saúde, ao conversarmos sobre a procura por atendimento na UBS, ela/e cita o caso de uma mulher que solicitou atendimento para realização do teste de HIV:

“Eu chamei ela para fazer o teste. Na hora eu perguntei o motivo, aí eu vi que o motivo não era o HIV, mas era conversar e pedir uma coisa que ela não estava conseguindo. Ela não tinha notícia da família já fazia dias e nem conseguia falar com a sua defensora. Ela já havia pedido atendimento com o setor psicossocial, mas não tinha sido atendida. Eu disse que ia ver isso para ela, liguei para a família e fui direto no serviço social e disse “chama ela para conversar”, e ela [a assistente social] disse, “tá vou chamar” (Participante, 3).

A presa, para poder ir até a UBS justificou o seu pedido como uma necessidade de saúde que está no repertório de atendimento da equipe. Ao chegar à UBS, conseguiu falar para a/o trabalhadora/dor sobre a sua real demanda. Desta forma, aquilo que era motivo de preocupação para a prisioneira, que estava produzindo sofrimento, foi compartilhado e encaminhado pela/o trabalhadora/or. Nessa entrevista é possível também apreender que a presa buscou o serviço como possibilidade de ser ouvida, o que sugere que, em alguns casos, há maior facilidade de acesso à equipe de saúde do que a outros setores, como o psicossocial, na instituição.

Ainda assim, este não é um procedimento previsto *a priori* e, talvez, se houvesse a prisioneira se deparado com outra/o trabalhadora/dor da equipe, não teria ocorrido de ela sentir-se à vontade para falar. Assim como, o membro da equipe poderia ter considerado que essa não é uma demanda de saúde e que suas funções não contemplam o encaminhamento da situação. Sobre isso, é necessário que trabalhadoras/res de saúde estejam abertos para acolher aquilo que se constitui como demanda de cuidado para a/o usuário/o, compreendendo que não cabe apenas à equipe determinar o que são necessidades de saúde. Nesse sentido, a política de acolhimento para atenção básica em saúde proposta pelo Ministério da Saúde destaca:

... a despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. (BRASIL, 2012c, p.20)

Em algumas situações, as demandas apresentadas pelas prisioneiras, apesar de não se encaixarem no rol de atendimentos usualmente prestados pela equipe, são reconhecidas como necessidades legítimas, sendo acolhidas, encaminhadas pelas/os trabalhadoras/res como relatado na entrevista acima, e que pude aferir nas minhas observações.

No decorrer da realização do campo, foi possível averiguar que diariamente há um grande número de consultas na UBS e que as mulheres procuram o serviço com muita frequência. Nas entrevistas realizadas com a equipe de saúde explicita-se o entendimento de que boa parte das prisioneiras buscam atendimento na UBS sem que realmente o necessitem. A significação do que é uma demanda de saúde para uma/um usuária/o do serviço de saúde pode ser diferente daquela assumida pelo membro da equipe. Paulo Alexandre de Moraes, Maria Rita Bertolozzi e Paula Hino (2011, p.25), em estudo realizado sobre o tema, afirmam que tem sido possível “identificar tensões que envolvem o conflito expresso entre o que os usuários apresentam como demandas de saúde e seu reconhecimento como necessidades, por parte dos profissionais de saúde”. Na perspectiva das/os trabalhadoras/res, muitas presas apresentam alguma queixa/sintoma, semanalmente, apenas para ir até a UBS:

“Nós temos uma demanda diária por atendimentos médicos, mas eu observo que muitos atendimentos médicos são desnecessários, vêm mais para dar uma volta, para pegar um outro ar, ver outras pessoas, tem as que vem sempre com a mesma demanda, o médico já sabe” (Participante 3).

“Elas buscam atendimento por carência, elas ficam sozinhas, sem trabalho, sem visitas e o momento de lazer é ir na UBS consultar, então ela dá uma passeada. Tem algumas que gostam de olhar a paisagem da rua, sair [da galeria]... chegam aqui e escutam o barulho do ônibus e dizem que têm saudades da rua, elas têm pouco contato com o mundo exterior” (Participante 11).

Assim, a ida até o serviço de saúde, para além da busca por resolução de uma queixa/necessidade, *stricto sensu*, é significada de múltiplas e de diferentes formas tanto pelas prisioneiras quanto pelas/los profissionais, o que também registrei em minhas observações. Para as mulheres presas, pode significar uma das poucas formas de “escapar” do território da galeria, ao menos por alguns instantes. Assim, o espaço físico da 'recepção', na UBS, transforma-se num ponto de encontro entre mulheres das diferentes galerias, que não se encontrariam em outros locais e que então aproveitam para conversar e contar as novidades.

A equipe de saúde, por sua vez, ao mesmo tempo em que qualifica tais atendimentos como sendo "desnecessários", continua a realizá-los e os compreende como consequência da baixa oferta de outros tipos de atividades na instituição. Neste contexto, é possível afirmar que a equipe de saúde reconhece que a forma como as prisioneiras (sobre)vivem na instituição, a falta de atividades laborais, educacionais e de lazer, impacta nas condições de

saúde desta população e na procura pelos serviços da UBS. Em alguns momentos foi possível aferir que a compreensão da equipe de saúde sobre a grande procura por atendimentos na UBS esteve relacionada aos determinantes sociais da saúde. Conforme Buss e Pellegrine Filho (2007) apontam, não são apenas os aspectos biológicos e individuais que interferem nas condições de saúde de um sujeito, há também a influência de fatores econômicos, culturais, comportamentais, sociais, psicológicos, entre outros.

A cerca disso, ouvi muitos relatos de diferentes trabalhadoras/res da instituição referindo o aumento das solicitações de atendimento na UBS e, conseqüentemente, o aumento do uso de medicações, após o fechamento de uma empresa que ofertava vagas de trabalho para 80% da população de prisioneiras. Esta empresa estava vinculada ao Protocolo de Ação Conjunta (PAC) e garantia uma remuneração de aproximadamente R\$ 800,00 mensais: “nenhuma presa queria ficar doente pra não deixar de trabalhar e ganhar dinheiro” me conta uma agente penitenciária em uma conversa informal. Assim, entende-se que essas mulheres, ao ficarem ociosas, “sem ter o que fazer” ou “com que ocupar a mente”, acabam por solicitar mais atendimentos na UBS.

Entretanto, é importante destacar que há outros - e importantes - efeitos concretos relacionados à falta de atividades remuneradas na instituição. O desemprego no contexto prisional tem como particularidade a impossibilidade de reduzir o tempo de pena, como previsto na Lei de Execuções Penais (BRASIL, 1984). Se a prisioneira não tiver suporte familiar que disponibilize recursos econômicos, isso significa não poder consumir nada além daquilo que a instituição provê – como alimentos, cigarro, roupas, artigos de higiene. Soma-se a esses efeitos, ainda, o fato de que essas mulheres são muitas vezes as chefes da família [externa], ou seja, responsáveis por prover renda familiar. Sem atividades remuneradas, não há como prover o sustento da família, o que pode cronificar a sua condição de vulnerabilidade. Tais situações podem se tornar motivo de preocupação e de sofrimento para as presas que, também assim, passam a solicitar mais atendimentos na UBS.

Apesar de a equipe de saúde explicitar o entendimento de que alguns determinantes sociais estejam relacionados com as condições de saúde das presas, na maioria dos casos, continuam organizando o seu processo de trabalho com foco na prevenção de tais agravos e/ou manifestações de doenças na perspectiva biomédica. Entre as principais atividades realizadas pela equipe estão: triagens; consultas clínicas e odontológicas; consulta/acompanhamento nutricional e prescrição de dietas; prescrição e distribuição de medicações; acompanhamento psicológico e social das prisioneiras da galeria B1, para as

quais a psicóloga e a assistente social da UBS são referências²³; marcação e realização de exames, além da retirada de resultados de exames que são realizados nos serviços fora da instituição prisional; marcação de consultas com outras especialidades médicas; execução de procedimentos variados como a realização de curativos e suturas; realização de procedimentos odontológicos; realização de testes de gravidez; acompanhamento pré-natal; acompanhamento pediátrico para os bebês que estão na UMI; testagem e realização de tratamento de HIV e tuberculose; realização de campanhas de vacinação; e a realização de um único grupo, com a galeria B1- que será mais bem descrito ao longo deste capítulo. Estes procedimentos estão todos previstos nos documentos das políticas de saúde para a população privada de liberdade (BRASIL, 2014b).

Algumas dessas atividades são comuns a todas as Unidades Básicas de Saúde, outras, são desenvolvidas pela equipe exatamente pela sua localização em um território prisional e ter como população pessoas privadas de liberdade. Caso, por exemplo, das atividades de marcação e de retirada de resultados de alguns exames, assim como o fornecimento de certas medicações que normalmente é realizado nos serviços de saúde especializados como o tratamento de tuberculose e HIV. Essas peculiaridades estão relacionadas ao contexto de privação de liberdade, não sendo possível a essas usuárias - prisioneiras - assumirem a responsabilidade por tais ações que ficam, então, a cargo da equipe de saúde e, dentro dela, principalmente das enfermeiras.

As ações da equipe de saúde demonstram que houve ampliação significativa do acesso a algumas práticas de cuidado como a prescrição e o fornecimento de medicamento, acompanhamento de doenças crônicas, a realização de pré-natal com todas as mulheres gestantes, a testagem e o tratamento para tuberculose, para citar algumas. As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde objetivam, em sua maior parte, a recuperação da saúde, algumas buscam a prevenção de doenças e poucas ligam-se à promoção da saúde.

Essa constatação importa uma vez que tal ênfase reduz o que se espera do atendimento a ser realizado no âmbito da Atenção Básica. Ou seja, apesar de trata-se, aqui, de uma UBS, as ações dessa equipe estão, em grande medida, voltadas para lidar com a manifestação de doenças e sua 'medicação'. Essa ênfase é reconhecida pela própria equipe de saúde. As/os

²³ Em razão da identidade de doente que interpelam as prisioneiras que se encontram na galeria B1 a assistente social e a psicóloga que pertencem a equipe da UBS realizam o acompanhamento psicossocial dessas mulheres. Desta forma, busca-se que o setor saúde esteja mais próximo e com olhar mais atento quanto às suas necessidades de saúde. Para as presas de outras galerias este acompanhamento é realizado pelo setor psicossocial da penitenciária.

profissionais admitem, nas entrevistas, que pouco se trabalha com a prevenção de doenças ou com a promoção de saúde no cotidiano desse serviço:

“A equipe [de saúde] poderia fazer muito mais pelas mulheres... poderíamos cuidar mais, dar conta das questões mentais, emocionais, mas aqui dentro não fazemos isso” (Participante 8).

“O atendimento é mais para “apagar incêndio” que propriamente trabalhar com aquela coisa de prevenção, de tu sentar, de conversar e explicar, porque a gente sabe que tem um grande número de uso de medicação que não precisaria” (Participante 1).

Na primeira fala a/o trabalhadora/dor reconhece que o cuidado realizado pela equipe de saúde deveria também estar direcionado para acolher demandas tais como os processos de adoecimento das prisioneiras que vão além dos sintomas clínicos de determinada doença. Na segunda fala, destaco o uso da expressão “apagar incêndio”, que reflete a percepção de algumas/uns trabalhadoras/res desta equipe sobre as práticas de cuidado que a equipe possibilita. As/os trabalhadoras/res da equipe de saúde mencionam que outras ações poderiam compor o repertório de cuidado oferecido pela equipe, na direção de acolher as mulheres em aspectos ligados à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

As/os trabalhadoras/es da equipe de saúde, apesar de reconhecerem que outras ações precisariam e poderiam ser implementadas, no geral, não realizam grupos nem oficinas tampouco promovem atividades de lazer, práticas corporais, ações de educação que seriam necessárias para promover saúde na instituição. Contudo, é preciso sinalizar que a dificuldade de desenvolver essas ações em serviços de saúde da atenção básica e, também, a centralidade da doença como foco do trabalho não é prerrogativa desta UBS e desta equipe de saúde. Vários estudos apontam que este é um desafio para muitas equipes de saúde, inclusive para aquelas que se encontram fora de instituições prisionais (ROSANA CAMPOS et al., 2011).

No decorrer do trabalho de campo, deparei-me com a existência da galeria B1 – galeria das enfermas –, situação que exemplifica a centralidade da doença como prática do cuidado e as dificuldades que se articulam a possibilidades de rompimento com tal perspectiva por meio da criação, por exemplo, de grupos terapêuticos. Nessa galeria, como já dito, encontram-se as prisioneiras que, em sua maioria, são diagnosticadas com doenças crônicas de saúde e que possuem certa debilidade em razão de suas condições clínicas. Essas mulheres estão em uma galeria onde o acesso é próximo à UBS e recebem acompanhamento clínico sistemático, acompanhamento psicossocial e nutricional, com acesso a dietas

específicas. Entretanto, no período de feitura da pesquisa essas mulheres não participavam das atividades laborais e educacionais da instituição por serem consideradas “doentes”. Assim, permaneciam restritas ao espaço da galeria quase que por tempo integral.

Quando cheguei à instituição para realizar o trabalho de campo, organizava-se um grupo terapêutico destinado às mulheres desta galeria, chamado “Ferramentas para a Liberdade”, por iniciativa de um membro da equipe de saúde. Certo dia, ao conversar informalmente com esta/e trabalhadora/or, contou-me que as prisioneiras permaneciam trancadas na galeria sem poder fazer nenhuma outra atividade, apenas saindo caso solicitassem atendimento na UBS. “Aquela galeria é só doença, elas vêm para UBS e só falam em doença, como se produzir outra coisa naquele espaço? ”, questiona a/o trabalhadora/or. Como estratégia para fugir do foco da doença, o grupo foi proposto em outro espaço da instituição que não a galeria B1 e a UBS.

O grupo acontecia quinzenalmente e tinha como principal objetivo promover um espaço de reflexão crítica; os temas abordados concerniam “às políticas públicas, direitos sociais, leis, redes sociais, saúde da mulher, gênero, família, entre outros assuntos de interesse das apenadas no que tange a emancipação e proteção da mulher”, segundo consta em um documento interno sobre o planejamento da atividade. Aqui, a concepção de saúde parece estar vinculada à garantia de direitos, na direção do que Mattos (2006, p.129) propõe: “a solidariedade entre a luta pela saúde e a luta por vários outros direitos”. A realização deste grupo constitui-se, assim, numa prática que rompeu com a lógica hegemônica dos atendimentos até então disponibilizados pela equipe.

Apesar de muitos membros da equipe terem afirmado que por vezes o atendimento clínico não constituía necessariamente a real demanda das presas, a modalidade de cuidado que a equipe conseguiu operacionalizar, via de regra, foi a consulta com a equipe médica e a oferta de medicações. Dessa forma, em consultas muito breves de não mais que cinco minutos, escutavam-se (?) os “sintomas” pelos quais a usuária, supostamente, teria buscado o atendimento e prescreviam-se as medicações. A quantidade de medicações em uso por parte das presas, muitas das quais seriam desnecessárias na ótica das/dos próprias/os profissionais, foi citada em muitas entrevistas. Gabriele Bragatto (2013), ao problematizar a prescrição e o consumo de medicações em estudo realizado nesta mesma instituição, refere que algumas delas são utilizadas pelas prisioneiras e que outras tantas vão parar diretamente na lata do lixo. Assim, algumas presas faziam o uso da medicação prescrita, outras, as que fossem até a UBS como forma de escapar das galerias, não as consumiriam, colocando fora ou guardando para vendê-las ou para repassá-las quando outra prisioneira precisasse.

Neste contexto, o que se operacionaliza como cuidado em saúde tem a ver com a própria concepção de saúde e de doença, ancorado no modelo biomédico. A doença neste caso é considerada como uma disfunção orgânica que, sendo diagnosticada, demanda a prescrição de uma terapêutica medicamentosa pela qual se pretende que o organismo volte a ter um funcionamento “normal” e equilibrado. A saúde e a doença nesta perspectiva são tidas como opostas, desconsiderando-se diferentes possibilidades que os sujeitos têm de se sentirem saudáveis e/ou doentes. A centralidade do uso de medicações como possibilidade de cuidado nos serviços de saúde tem sido uma consequência do modelo biomédico, que tem por ênfase a produção de diagnósticos e consequente prescrição de medicações, não atentando para outros aspectos da vida dos sujeitos que buscam atendimento (CAMARGO JR., 2007; MACHADO, PINHEIRO, GUIZARDI, 2006).

Outra reflexão que ainda cabe ser feita, é sobre o uso excessivo de medicações controladas – psicofármacos -, pelas presas. Apesar de não haver levantamento oficial, segundo relatos da equipe de saúde, aproximadamente 70% das prisioneiras fazem uso dessas medicações principalmente por sintomas relacionados à depressão e à ansiedade. Na maioria dos casos são prescritas pelo médico psiquiatra, em atendimentos realizados às sextas-feiras, na UBS. São atendimentos clínicos, de curta duração, em que se busca “avaliar os sintomas, diagnosticar a patologia e prescrever a medicação para o tratamento”, como explica uma/um integrante da equipe de saúde.

Em um estudo realizado na atenção primária em saúde, Bruno Rocha e Maria Werlang (2013) analisaram o uso de psicofármacos pela população do município de Porto Alegre. A autora e o autor verificaram que a prevalência do uso pela população é de 7,3%, destes, 72% são do sexo feminino. Carlos Vidal et al. (2013) em estudo desenvolvido com mulheres em um serviço da atenção básica, verificaram que 28,7% utilizavam psicofármacos. Diante dessas evidências é possível indagar se, de fato, tais medicações são necessárias ou se sua prescrição ampara-se em representações de gênero que atravessam e modulam culturas curriculares nos cursos de formação, que naturalizam a ideia de que mulheres seriam, por exemplo, emocionalmente mais frágeis e "nervosas" do que homens e, por isso, precisariam mais de tais medicações? De todo modo, essa terapêutica se inscreve e se apoia em processos de medicalização de mulheres, que seguem sendo substitutivos eficientes quando se escamoteiam as profundas desigualdades sociais e as relações de poder de gênero que, em muitos casos explicam, inclusive, os processos sociais nos quais tais mulheres se tornaram "criminosas", com a imputação de medidas de restrição de liberdade, como se pode ver nesta penitenciária.

O uso de psicofármacos está prescrito para dois terços da população desta penitenciária e, inclusive por isso, o provimento dessas medicações assume um papel central na organização do trabalho diário da UBS e demanda significativo investimento de tempo para ser efetivado. De acordo com a escala de atendimento da UBS, as mulheres da galeria que está sendo atendida e fazem uso dos psicofármacos são chamadas para retirar quantidade correspondente a uma semana. Entregar as medicações em pequena quantidade é uma estratégia utilizada pela equipe de saúde para controlar sua circulação indevida, para evitar que prisioneiras as estoquem e, assim, as comercializem e/ou consumam em quantidades não prescritas. Isso posto, foi possível constatar, com o trabalho de campo, que apesar desse investimento e excetuando-se o caso das presas que fazem uso assistido dessa medicação, a equipe de saúde não consegue controlar as dinâmicas de circulação, uso e comércio das medicações nas galerias.

Com as entrevistas e as observações feitas para essa pesquisa pude apreender que, em muitos casos, o uso dessas medicações acontece por solicitação das próprias presas. Vi mulheres comemorarem a chegada de psicofármacos que estavam em falta, assim como um dia escutei uma delas dizer que, ou lhe davam algum remédio para dormir, ou alguma coisa pior iria acontecer, pois ela não aguentava mais ficar sem dormir. Em outro caso, uma prisioneira chegou desmaiada na UBS. No decorrer do atendimento ela mencionou ter ingerido psicofármaco que havia sido prescrito para outra presa. Contou que utilizou a medicação após receber uma notícia ruim e ter ficado muito nervosa no final de semana. Em muitos momentos fui confrontada com o fato de que passar pela experiência da privação de liberdade sem utilizar psicofármacos parece ser uma tarefa muito difícil.

Na ótica de muitos membros da equipe de saúde as prisioneiras, no mais das vezes, passam a consumir essas medicações quando chegam à penitenciária, parecendo ser esta uma estratégia para lidar com o sofrimento produzido dentro da própria instituição. A distância da família e dos amigos, a ausência de atividades significativas, as condições da estrutura física, a incerteza quanto à sua condição jurídica são aspectos que contribuem para os processos de sofrimento das prisioneiras. Em grande medida a medicação acaba sendo o recurso mais "simples" (e aparentemente um dos únicos disponíveis) utilizado para lidar com esses fatores, como relatado neste trecho da entrevista:

“Elas usam muita medicação, tudo na base da medicação... Elas chegam aqui e se deparam com grades e não poder fazer nada, então elas querem a medicação ou pra dormir ou pra fugir de alguma situação... Eu acho que dormindo elas têm a ideia de que podem esquecer ou o tempo passa mais rápido” (Participante 1).

O uso dessas medicações parece, assim, relacionar-se a múltiplos fatores que envolvem a capacidade de lidar com o sofrimento produzido pela própria condição de privação de liberdade e tudo o que decorre desta condição, sendo uma das possibilidades de as presas (sobre)viverem na instituição prisional. O consumo dessas substâncias está para além de avaliações diagnósticas da equipe de saúde e/ou de solicitações das próprias prisioneiras, na medida que a equipe de segurança também demanda a medicação de prisioneiras quando identificam o que seria, em sua perspectiva, um processo de sofrimento ou quando elas apresentam comportamento “difíceis de controlar”! O fato é que a utilização massiva dessas medicações na instituição é um fenômeno que demanda maiores estudos para ser problematizado em profundidade.

5.1 Cuidado em saúde para mulheres usuárias de drogas privadas de liberdade, em tempos de redução de danos

Penso que, sob quaisquer circunstâncias, conversar sobre o comércio e o consumo de substâncias ilícitas não constitua tarefa simples, pois o assunto é atravessado por toda sorte de questionamentos e permeado por valores morais e religiosos divergentes entre si o que implica em que nesse contexto de conflitualidades diferentes opiniões tomem corpo e façam frente uma à outra. Eroy Aparecida da Silva (2012, p.35) afirma que é necessário refletir sobre o tema em nossa sociedade e destaca que este “é um assunto que traz percepções e sentimentos variáveis: curiosidade, temor, estigma, preconceito. Sentimentos que mobilizam o imaginário das pessoas de muitas maneiras...”. Assim, e considerando as especificidades do contexto prisional, investigar o que se entende por e o que se implementa como cuidado em saúde para usuárias de drogas, junto à equipe de saúde, não foi tarefa fácil. O tema foi introduzido e explorado, pouco a pouco, nas conversas informais e no decorrer das entrevistas que realizei.

Sobre a existência de drogas ilícitas na instituição, seu comércio e seu consumo os membros da equipe de saúde enunciam diferentes pontos de vista. Alguns assumem que tais práticas acontecem na instituição, outros negam a ocorrência tanto de comércio quanto de consumo de drogas ilícitas no local. Esses pontos de vista podem estar associados a diferentes possibilidades de enunciação, das quais destaco duas que me parecem ser mais significativas neste contexto: a (im)possibilidade de admitir a circulação e uso de substâncias ilícitas em uma instituição de segurança pública como a penitenciária; e/ou a relação de confiança, pautada pelo sigilo profissional, que se estabelece com a prisioneira que conversa sobre o consumo – e seus efeitos - no interior da instituição.

Em duas entrevistas com integrantes da equipe de saúde, quando perguntei sobre a existência de drogas na penitenciária, me foi referido:

“...a gente até escuta que tem drogas aqui, como diria, pela radio corredor... Mas como agora elas estão no sistema prisional elas deixam de ser usuárias.” (Participante 5).

“A gente imagina que aqui não tenha drogas, mas tem varias épocas que existem revistas, suspeitas, tentam achar droga com alguém...” (Participante 11).

Nos dois excertos de fala sugere-se que não há – ou não deveria haver – circulação e consumo de drogas no sistema prisional, que este deveria constituir um território ‘livre’ de substâncias ilícitas. Diante deste imperativo, mesmo que profissionais saibam que tais substâncias circulam e são usadas nas galerias, reconhecer o fato representa algo que não pode ser verbalizado. Nesta penitenciária mais de 90% das mulheres estão presas por delitos relacionados ao comércio de drogas ilícitas e, de forma tácita, por meio de diferentes indícios, sabe-se que esse comércio persiste em seu interior. As drogas ilícitas conseguem transpor os muros da penitenciária apesar dos fortes mecanismos de revista e de controle aos quais as prisioneiras, principalmente, e seus familiares e demais visitantes são submetidos.

Isto é, embora as mulheres respondam por esse “delito”, a instituição não consegue coibir o que ocorre para além de seus muros. A autora Deise Cardoso Nunes et al. (2010, p.15), ao analisar o relatório da Comissão Latino Americana sobre Drogas e Democracia afirma que “as políticas proibicionista baseadas na repressão ao tráfico, e a criminalização do consumo, não produziram os resultados esperados, nos colocando muito distantes do objetivo proclamado de erradicação das drogas”.

O paradigma proibicionista, que não tem alcançado os resultados previstos num contexto social mais amplo, também é colocado em xeque no interior das prisões. Durante as entrevistas com a equipe de saúde, algumas/uns das/os integrantes admitem a existência do

comércio e do consumo de drogas na penitenciária, mas entendem que isso se dá em menores quantidades e intensidade que na sociedade *extramuros*:

“Eu acho que tem consumo, mas diminui. Uma das questões é pelo acesso. Tu vai ter acesso só quando [a droga] entrar e têm semanas que não vai entrar então tu vai ficar sem. Então assim, tem, mas depende de outros fatores” (Participante 2).

“Acontece de alguma detenta contar que usou umas pedras de crack... se tem, a quantidade que existe é muito pequena. A gente não vê aqui um desespero, “eu quero drogas, eu quero drogas”. A gente não vê, mas pode acontecer” (Participante 11).

“Quando tinha uma firma e um monte de presa trabalhava, a droga era mais forte aqui... com a crise [financeira], fora o dinheiro começar a escassear, a família para de trazer dinheiro, aí tudo diminui, os celulares e as drogas” (Participante 9).

“A gente sabe que tem dentro das galerias o comercio de drogas, aí tu vai dizer ‘mas como entra?’, mas de alguma forma entra... aqui dentro tem, menos do que na rua, mas tem” (Participante 1).

Assim, na perspectiva dos membros dessa equipe, a indisponibilidade de recursos econômicos e o controle exercido principalmente pela equipe de segurança parecem resultar em diminuição da quantidade de drogas transeuntes na instituição. Pois, com menos oferta e menos capital para adquiri-las, haveria menor possibilidade de consumo. Essas duas formas de apreensão do real, no que diz respeito ao uso de drogas no contexto prisional - de que a prisioneira, ao estar privada de liberdade, deixaria de ser usuária de drogas pela falta de acesso a essas substâncias e que o consumo, quando existe, diminui -, modelam fortemente as práticas de cuidado propostas pela equipe de saúde, a julgar por estarem delineadas na atenção à síndrome de abstinência e no processo de desintoxicação.

É importante mencionar que ao solicitar os dados relacionados a quantas prisioneiras referem ser usuárias de drogas, quais as substâncias que consomem e com que frequência, foi-me dito que não havia esse levantamento, de forma explícita e sistematizada, na instituição. Desta forma, as informações que balizam a análise feita neste capítulo são fruto da percepção das/os trabalhadoras/es da equipe de saúde e das observações e impressões resultantes dos oitos meses em que circulei na instituição.

Durante o trabalho de campo foi possível aferir certa distinção entre posturas de combate, tolerância e/ou incentivo ao uso de drogas nesta instituição e isto decorre, principalmente, do estatuto legal atribuído a essas substâncias: lícitas ou ilícitas. São posturas e dimensões semelhantes ao que se encontra num contexto social mais amplo, nos serviços de

saúde localizados fora dos muros das prisões, mas que também assumem certas características peculiares à instituição prisional.

Na instituição, como já referido, são altos os índices de prescrições e de uso de psicofármacos. Eduardo Viana Vargas (2008), ao esboçar uma genealogia das drogas, alerta para a necessidade da desnaturalização na distinção entre drogas e fármacos. O autor afirma que a maioria das sociedades contemporâneas mantém relações ambíguas com o consumo de drogas, nas quais ao mesmo tempo em que há políticas de repressão destinada às drogas, há intensa difusão e estímulo para o seu consumo ('droga' entendido *lato sensu*, em que também são considerados os psicofármacos) (ibidem).

Desde o ponto de vista de que tais substâncias integram o rol do que se nomeia como droga ou substância psicoativa, poderíamos considerar que as presas são, em sua maioria, usuárias de drogas - neste caso, prescritas e disponibilizadas pela própria equipe de saúde. Algumas dessas medicações, como os benzodiazepínicos, por exemplo, no que se refere às suas propriedades bioquímicas, são tidas como substâncias que promovem altas taxas de dependência (ANNE SORDI, VILMA RODRIGUEZ, FELIX KESSLER, 2011). Pode-se supor, pois, que nessa penitenciária algumas prisioneiras façam ou possam vir a fazer uso abusivo de psicofármacos e, com isso, manter e/ou desenvolver relações de dependência com tais medicações. Entretanto, no cotidiano da equipe de saúde, apesar de parte de seus membros reconhecer o uso excessivo de psicofármacos por parte das presas, não há espaços organizados para discutir outras possibilidades de enfrentamento dos processos de adoecimento, tampouco para planejar ações que visem a diminuição do uso dessas medicações ou o esclarecimento sobre os efeitos colaterais causados pelo seu uso contínuo.

Na mesma lógica, o uso de tabaco pelas presas também é prática frequente. Nas triagens que acompanhei, quando questionadas as prisioneiras sobre o uso de alguma droga, obtinha-se por resposta comum o cigarro. Nas entrevistas realizadas com as/os integrantes da equipe de saúde responsáveis pela triagem, enfatizou-se o elevado uso dessa substância pelas prisioneiras - que giraria em torno de 50% da população. A prevalência de consumidoras de tabaco na população em geral gira em torno de 15,1% (LARANJEIRA, 2012), índice inferior ao estimado nesta penitenciária. Mesmo assim, e ao contrário do que se constata em muitas UBS da rede de saúde (ROSELMA LUCHESE et al., 2013; SANDRA MORAES, 2015), esta equipe não promove ações direcionadas para as mulheres que tenham desejo de diminuir ou interromper o uso de tabaco.

Um exemplo de ação possível seria a realização de grupos para tabagistas, como os que são implementados em algumas UBS, no fito de incentivar e apoiar pessoas desejosas de

interromper ou de diminuir o uso do tabaco. Como estratégias esses grupos oferecem atividades educativas, motivacionais e a utilização de suporte medicamentoso (LUCCHESI et al., 2013; MORAES, 2015). No caso desta equipe, o uso do tabaco passa a ser uma questão a ser abordada apenas se associado a outras situações clínicas como insuficiências respiratórias e problemas cardíacos, para citar algumas.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, é possível descrever algumas peculiaridades. No decorrer do trabalho de campo não presenciei nenhuma situação relacionada à demanda de cuidado em saúde relacionada ao consumo de álcool. Tal fato é interessante frente à constatação de que é a droga mais consumida no Brasil, reconhecida como a que mais danos tem causado a saúde da população e que seu uso por mulheres tem crescido de forma significativa (LARANJEIRA, 2012). Apesar de ser uma droga classificada como lícita e de larga aceitação no território prisional o seu comércio e consumo são proibidos.

Tal deslizamento, da condição de droga lícita para a de droga impedida, dá margem a que se faça uma análise interessante, na direção de problematizar o que é lícito, e como se estabelece a legalidade de determinada substância. Júlio Assis Simões (2008), ao problematizar o consumo de drogas no campo dos estudos da cultura e da política, afirma que o consumo dessas substâncias é fenômeno recorrente e disseminado nas diferentes sociedades. Para o autor:

... os múltiplos modos pelos quais essa existência e esses usos são concebidos e vivenciados variam histórica e culturalmente. “Drogas” não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra. (SIMÕES, 2008, p.13).

Com esse exemplo é possível argumentar, dentre outras coisas, que a condição de legalidade e de ilegalidade não é determinada em função de um atributo inerente à substância, mas que esta classificação é datada e localizada, ou seja, ela se produz no âmbito do social e das culturas nas quais ela passa a funcionar como mecanismo de hierarquização, controle e regulação de sujeitos e de grupos.

O uso de maconha na instituição me foi relatado por prisioneiras da UMI e por algumas/uns integrantes da equipe de saúde. Porém, relativamente à quantidade de mulheres usuárias de maconha não houve registros apresentados. Em uma das entrevistas, uma/um trabalhadora/dor contou que, nos períodos em que a instituição esteve superlotada após o almoço, não raro sentia-se cheiro de maconha pelos corredores. Assim, é possível relacionar a

diminuição da população prisional ao aumento do controle sobre as prisioneiras – e seus visitantes –, e deduzir que isso repercute na disponibilidade de drogas na instituição.

Para além disso, o debate e as controvérsias sobre possíveis danos decorrentes do uso de maconha, a sua descriminalização e a legalização de seu comércio e consumo, têm transpassado a sociedade contemporânea. Os argumentos se constroem no questionamento da toxicidade da substância e do baixo grau de dependência fisiológica que ela causaria além da percepção que a proibição de seu consumo e comércio é mais danosa à saúde coletiva que o uso em si (SÉRGIO VIDAL, 2009). Tais alegações justificariam a necessidade de se regulamentarem o comércio e o consumo da substância. Nesta direção, diversos países, entre os quais Uruguai, Estados Unidos (em alguns estados), Holanda e Espanha têm realizado experiências de regulamentação sobre o comércio e o consumo de maconha. Essa discursividade produz efeitos e ressoa na fala de um membro da equipe de saúde:

“... Tem gente que diz que um pouquinho de maconha na cadeia não faz mal, a presa e o preso vão dormir e não estão incomodando... Mas isso também não é uma coisa da Susepe escrita, é uma coisa velada... Se as presas usam diazepam, então um pouco de maconha não tem problema” (Participante 9).

Ou seja, para algumas/uns integrantes da equipe, o uso de maconha não é, *apriori*, tido como um problema a ser solucionado. Assim como se utilizam medicações para auxiliar as mulheres a suportarem a experiência do cárcere, pode-se também fazer uso de maconha que, segundo a/o trabalhadora/or, contribuiria para manter a instituição em ordem. Diante do exposto, é possível dizer que se reconhece o discurso da redução de danos (RD) na fala da/o entrevistada/o, quando considera que nem todo consumo de drogas é, de antemão, um obstáculo. Junto a isso é possível considerar as diferentes relações que um sujeito pode estabelecer com determinada substância, como o uso, o abuso e a dependência (Mayer, 2010).

Entretanto, não se pode dizer o mesmo sobre os discursos que cercam o uso de cocaína e principalmente de *crack*, na instituição. Logo, cabe destacar inclusive que, nas diferentes conversas que tive com as/os trabalhadoras/res sobre o uso de drogas por parte das prisioneiras, o termo ‘droga’ foi associado diretamente a essas duas substâncias. Por sua vez, o termo *dependência química* foi utilizado para referir-se a efeitos do consumo de cocaína e de crack pelas presas.

A terminologia *craqueira* foi empregada em algumas entrevistas para se referir a mulheres que fazem uso abusivo de crack, quando é possível identificar a vinculação desta identidade de craqueira a determinada representação de mulher:

“Tem umas [prisioneiras] que entram em estado deplorável, fétidas, magrinhas, que nem eu digo, sofreram maus tratos. Quando elas chegam já dá pra notar que elas são usuárias” (Participante 1).

Essa representação que repercute na fala da equipe quando se refere a mulheres usuárias de crack tem a ver com os ditos sobre quem são e como são as pessoas que o consomem, ditos os quais circulam em diferentes artefatos culturais. Nestes artefatos e nos conhecimentos que lhes dão sustentação, o crack tem sido apresentado como droga altamente viciante que acarreta um grave e grande problema social. Nos discursos que passam a descrever, e assim constituir, a pessoa usuária de crack²⁴, visibiliza-se um sujeito perigoso, sem juízo crítico capaz de praticar toda sorte de ação por uma pedra de crack a mais – não à toa, o termo *zumbis*²⁵ passou a ser usado para designá-los.

Bruno Ramos Gomes e Marília Capponi (2011), ao discutirem o panorama atual que envolve o consumo de drogas, destacam que o crack tem estado em evidência. Segundo eles:

A constante aparição deste debate acontece na mídia, que tem alardeado a situação de forma distorcida, e também nas campanhas eleitorais, nos discursos de políticos e na definição de estratégias de ação e de políticas públicas. Ao mesmo tempo em que se reacende a discussão sobre o assunto, é surpreendente o quão superficial e cheia de preconceitos ela está acontecendo. (GOMES, CAPPONI, 2011, p.9).

Diferentemente do que acontece com a maconha, por exemplo, admitir e reconhecer a circulação e o consumo dessas substâncias evoca outros tipos de manifestação. Destaco o trecho de uma entrevista de um membro da equipe de saúde:

“A [prisioneira] que usa crack é discriminada, a maconha não tem problema, ninguém vai repreender ela, isso eu estou falando das próprias presas, eu já vi presas reclamarem que já saíram da cela porque tem craqueira” (Participante 9).

Ainda que sejam, a maconha e o *crack*, substâncias ilícitas evidencia-se, nessas falas, que há diferenças entre essas substâncias quando se trata de admitir e/ou aceitar seu consumo no território-prisão. Assim, ao mesmo tempo em que se torna possível mapear um sistema de significação que vincula uma identidade ao uso de determinadas substâncias – por exemplo:

²⁴Sobre a produção de representações de usuárias/os de crack, Dênis Petuco (2011) realizou um interessante estudo sobre a campanha *Crack nem pensar* organizada pela Rede Brasil Sul de Comunicação (RBS). Nesta pesquisa, descreve como o discurso que sustenta tais campanhas produz sujeito o usuário de crack como figura monstruosa e perigosa, capaz de prejudicar e/ou fazer sofrer as pessoas que o cercam.

²⁵ Como exemplo, podemos ver a reportagem veiculada pelo portal de notícias *O Dia*, com o título *Como zumbis, viciados em crack tomam as ruas*. Disponível em: <<http://odia.ig.com.br/portal/rio/como-zumbis-viciados-em-crack-tomam-as-ruas-1.509383>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

drogada, maconheira, craqueira, fumante, bêbada, etc -, é possível reconhecer a classificação e a hierarquização que tal sistema coloca em funcionamento, de tal forma que algumas identidades valem menos, ou são mais problemáticas, conforme seus diferentes contextos culturais. Ser craqueira é uma dessas identidades, e dá sustentação a processos de discriminação entre as próprias prisioneiras (KATRIN WOODWARD, 2000).

Nas falas da equipe de saúde, alguns membros mencionam a situação de vulnerabilidade a que as usuárias estão expostas antes de chegarem ao sistema prisional:

“Na rua, muitas vezes, elas ficam fissuradas no mundo da droga e usando, usando, usando. Assim elas não têm acesso à higiene, não têm acesso à alimentação. Quando elas entram [na penitenciária], chegam num estado deplorável” (Participante 1).

Segundo alguns membros da equipe o consumo dessa substância está relacionada a situações de vulnerabilidade, como: permanecer em situação de rua, prostituir-se, romper os laços familiares, não acessar os serviços de saúde, etc. Nunes et al. (2010, p.17) mencionam que os discursos que circulam a respeito do consumo de crack colocam as pessoas usuárias desta substância em um lugar marginal e “como bode expiatório dos problemas sociais, desconsiderando quaisquer outros aspectos da contemporaneidade sobre o tema”. Esses discursos também interpelam parte dos membros da equipe de saúde que, de maneira geral, atribuem ao consumo de crack a responsabilidade por tais situações, desconsiderando as condições de vulnerabilidade mais amplas e mais complexas às quais as usuárias estão expostas anteriormente ao seu consumo.

Para alguns membros da equipe, ser consumidora de crack também significa estar vulnerável à criminalização e ao sistema prisional. Destacam, assim, que há mulheres encaminhadas à instituição por serem usuárias de drogas, e não traficantes, como o subscrito:

“... Nas entrevistas de acolhimento tu via a situação de muitas mulheres que entraram aqui não pelo tráfico, mas pela questão do uso. Usuárias, muitas em situação de rua, usuárias de crack, outras que daqui a pouco faziam mesmo uma mão para conseguir dinheiro, estavam no meio da prostituição e do uso, e ficavam vulneráveis ao sistema punitivo.” (Participante 6)

“Tem um grande percentual de presas que são usuárias, e não é nem pelo artigo 33, 34 [artigos da Lei sobre drogas, 11.343/2006 referente ao comércio de drogas] ela foi pega na boca quando estava indo comprar” (Participante 4).

A criminalização de usuários de drogas ilícitas é um fenômeno que vem sendo apontado por pessoas dedicadas ao estudo do tema, bem como se tem feito presente nos

documentos referentes ao sistema prisional elaborados por setores do Estado. Apesar de a nova lei sobre drogas buscar fazer uma diferenciação entre o sujeito usuário e o traficante, o fato de nela não se estabelecerem critérios claros que os possam distinguir deixa a mercê das instituições policiais e judiciárias um amplo poder criminalizador (CARVALHO 2013; BRASIL, 2011c). Ressalta-se, porém, que quando se faz referência a pessoas usuárias de substâncias ilícitas que têm sido submetidas à prisão, não se está falando de uma/um usuária/o genérica/o e abstrata/o. São alguns tipos de sujeitos e grupos específicos que se enquadram nessa condição, dentre os quais se destacam as mulheres que estão em situação de vulnerabilidade social e cujos direitos sociais básicos não têm sido garantidos. São elas, enfim, que acabam capturadas pelo sistema prisional.

Como demanda por cuidado em saúde das usuárias, o consumo de drogas é identificado pela equipe de saúde em duas situações principais: na triagem ou em atendimento solicitado pela prisioneira. No questionário aplicado na triagem há perguntas específicas sobre o consumo de cigarro, álcool, cocaína, maconha e crack. A pergunta sobre o uso dessas substâncias é realizada no momento em que a mulher chega à instituição.

Nas triagens que acompanhei apenas uma presa mencionou ser usuária de crack. Todas as outras negaram o uso de qualquer droga, à exceção de cigarros, que a maioria disse consumir. O caderno da atenção básica destinado ao cuidado em saúde mental no SUS destaca que “a clandestinidade associada ao uso de drogas ilícitas cria medo, dificulta a busca de ajuda e agrava o estado de saúde física e psíquica dessas pessoas” (BRASIL, 2013, p.58). A condição de ilegalidade de algumas drogas tem sido apontada como fator que interfere na busca por cuidados em saúde, uma vez que a pessoa usuária possa ter receio de ser criminalizada ou julgada pelas/os trabalhadoras/es da equipe (BRASIL, 2003b; Brasil 2013). Não parece improvável que esse temor se acentue, nesse caso, por se tratar de uma instituição prisional e tudo o que pode representar em termos de punição, de opressão e de constrangimento, o que dá sentido ao fato de que em sua maioria as presas neguem o consumo de drogas ilícitas.

A negação reiterada do consumo de drogas nas triagens das quais participei levou-me a outras reflexões e questionamentos: seria possível esperar que as prisioneiras façam referência ao uso de drogas respondendo a um questionário aplicado na chegada a uma instituição como a penitenciária? O que se pode dizer e a quem, nesta situação? A equipe de saúde seria reconhecida, por elas, como uma instância na qual a admissão do uso de drogas pode ser acolhida como demanda de saúde e não como instância de criminalização desse uso? A admissão da condição de usuária de drogas poderia complicar a situação jurídica da

prisoneira e sua vida na penitenciária? Será que minha presença, naquele momento e lugar, influenciou a negatificação das respostas quanto ao consumo?

Quando compartilhei tais questões com integrantes da equipe de saúde responsáveis pelas triagens, nas entrevistas, foi-me dito que as apenadas costumam contar sobre serem ou não consumidoras de alguma droga, e que há casos em que os sinais visíveis permitem a identificação do consumo, como segue:

“O primeiro contato com essa informação que a gente tem é na triagem, onde tem a pergunta se ela [a prisioneira] usa drogas ou já usou. Se uma não falar é uma só, mas a maioria fala, se eu fizer 10 triagens, 9 e meia vai falar... já aconteceu de eu perguntar se ela usa drogas e ela disse que não, mas está drogada no momento que estou fazendo a triagem. É visível, ela pode dizer que não, mas eu estou vendo que sim, ela tá dormindo sentada. Então é tranquilo, e eu digo “não, só um pouquinho”, daí quando eu questiono ela fala, ou a gente percebe também pela própria dentição, dá pra ver, então normalmente a informação que ela diz é o que é” (Participante 2).

Na percepção da/do trabalhadora/dor as presas reconhecem nos membros da equipe de saúde pessoas com as quais é possível falar sobre o consumo de drogas. Conforme o que foi mencionado nas entrevistas, nas situações em que a prisioneira não fala espontaneamente e a/o integrante da equipe percebe que ela é usuária, há um tensionamento para que a mulher refira o seu uso. Este tensionamento acontece quando se percebe que a usuária está sob efeito do uso de alguma substância psicoativa ou quando ela corresponde ao estereótipo de quem usa drogas: “a gente percebe também pela própria dentição, dá pra ver”, ecoa a fala da/do profissional.

No que tange ao cuidado para as mulheres que usam drogas, como a equipe trabalha com os pressupostos de que substâncias psicoativas ilícitas não circulam na instituição, ou que seu uso é muito reduzido, o tratamento é pautado pelo controle dos sintomas de abstinência:

“...tem muitas que chegam aqui que a gente vê que são usuárias pesadas de crack, então elas fazem muita abstinência, elas ficam muitos agressivas, muito nervosas, muito agitadas. Então a gente já faz todo um acompanhamento, passa pra psicóloga, a psicóloga encaminha pro psiquiatra e ele inicia com alguma medicação que possa ajudar um pouco na abstinência” (Participante 8).

A crise de abstinência foi citada na maioria das entrevistas da equipe de saúde como um aspecto relevante e que demanda cuidado para quem usa drogas. Na literatura

especializada sobre dependência química, a crise de abstinência é caracterizada “por sinais e sintomas físicos e psíquicos que aparecem decorrentes da diminuição ou interrupção do uso de determinada substância” (CLÁUDIO SILVA, 2011, p.90) que precisam ser monitorados e tratados. Há preocupação por parte da equipe com o sofrimento implicado no processo de abstinência, como se pode observar no trecho da entrevista. O tratamento, todavia, tem se resumido à prescrição de medicações, assim como acontece com as outras doenças. Sobre a prescrição de psicofármacos para as prisioneiras usuárias de drogas, perguntei em uma das entrevistas se a disponibilidade da medicação era apenas às mulheres que manifestassem o desejo por manter-se abstinentes e me foi dito que:

“A gente prescreve a medicação, a prisioneira usando [drogas] ou não. Porque se não estiver usando ela vai estar num quadro de abstinência, vai precisar de medicação. Para as poucas que estão em uso, também vão precisar da medicação pra diminuir a fissura, diminuir a avidez pela droga e tentar parar, então ela vai ser medicada usando ou não. Porque se ela não estiver usando vai entrar em quadro de abstinência que gera irritabilidade, ansiedade, insônia, então ela vai precisar ser medicada, que é o recurso que a gente conta, o único, enquanto a gente não tiver uma galeria limpa” (Participante 10).

Para este integrante da equipe, o uso da medicação é apontado como única alternativa de cuidado, enquanto não houver a galeria limpa (projeto que acontece no presídio vizinho à penitenciária e que será discutido adiante). Não pretendo aqui, de forma alguma, negar a importância do uso de psicofármacos no cuidado a quem usa drogas. Entretanto questiono a perspectiva biomédica que coloca essa como a principal - quando não a única - ação terapêutica possível. Na direção do que Júlio Delmanto e Marco Magri (2012) sinalizam, nas ações que se sustentam no pressuposto de que o uso de drogas é doença, o tratamento acaba sendo o remédio.

Ao tratar com a equipe de saúde sobre o cuidado que é ofertado para as mulheres usuárias de drogas, foi mencionado também o programa de desintoxicação, que pode ocorrer na própria instituição ou em internação hospitalar. A desintoxicação realizada na própria instituição, sob supervisão da equipe de saúde, tem se limitado à prescrição de psicofármacos, com o objetivo de auxiliar a usuária na superação ou no controle de sintomas como fissura - desejo por usar a droga -, ansiedade e insônia. Casos há em que, como estratégia para acompanhar a prisioneira, a equipe realiza a entrega da medicação de forma assistida, o que faz com que, diariamente, a equipe e a usuária se encontrem, mesmo que por um breve momento.

A desintoxicação hospitalar tem duração de 21 dias e é indicada em situações específicas. De maneira geral, a presa deve solicitar a internação para que a equipe de saúde avalie a necessidade e preste explicação sobre seu funcionamento. É necessário, ainda, que o setor de inteligência da Susepe autorize a sua internação. Porém, há situações em que o direito à internação hospitalar é negado: quando considerada a periculosidade da prisioneira ou quando do risco de sua fuga da instituição, por exemplo. Ao indagar sobre a frequência com que ocorrem as internações, foi-me dito que não são frequentes, de janeiro a junho de 2016 haveriam sido internadas em torno de oito mulheres. A grande maioria das desintoxicações é realizada na própria instituição. Essa conduta difere, por exemplo, da conduta adotada em outro presídio do mesmo município, onde há lista de espera para a internação, conforme me relatou uma/um integrante da equipe que trabalha em ambas as instituições (mais adiante, discutirei essa diferença).

Também é importante destacar que as mulheres encarceradas são atendidas pelo setor psicossocial da instituição e que, em alguns casos, realiza o contato com os serviços de saúde e a assistência da rede bem como com os familiares das prisioneiras. Essas são ações que, quando efetivadas complementam-se, porém, na maioria dos casos não há articulação entre os setores para a construção do projeto terapêutico da usuária. Apesar da política de saúde para a população prisional ser concebida, desde a sua proposição, como uma ação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, envolvendo a Secretária Estadual da Saúde e da Segurança Pública e a Secretaria Municipal da Saúde, a intersetorialidade pretendida nas ações cotidianas da instituição constitui grande desafio.

Para Warshauer e Carvalho (2014, p.193):

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

O cuidado em saúde para as pessoas que usam drogas tem como premissa a intersetorialidade (BRASIL, 2003b, 2011a), em função da complexidade do fenômeno do consumo de drogas. Essa complexidade indica a impossibilidade de atribuir apenas ao setor da saúde a responsabilidade pela efetivação da atenção as/aos usuárias/os, sendo necessária articulação entre os diversos setores. Tal premissa vincula-se, também, à suspensão do entendimento de que o consumo de drogas constitui um problema biomédico, por meio do

qual se reduzem as drogas a seus efeitos farmacológicos, e o consumo dessa substância a uma síndrome clínica - a dependência química (ROMANI, 1999).

Em uma das entrevistas, a/o trabalhadora/dor da equipe de saúde menciona que alternativas de cuidado podem ser construídas junto às mulheres usuárias de drogas na articulação entre os entes da instituição:

“Daqui a pouco a gente sabe que ela [a prisioneira] usou [drogas] aqui, ou ela entrou em abstinência. Se ela não está bem, ela procura ajuda, aí podemos tentar colocar ela numa galeria onde ela fica menos vulnerável. A gente tem que possibilitar um cuidado pra ela diferente, ter um atendimento sistemático tanto da psicologia como da assistente social, poder inserir ela em espaço ocupacional, de trabalho, na escola, então a gente usa esses recursos, onde ela é olhada de outra forma” (Participante 6).

Na perspectiva assumida, o cuidado proposto não está relacionado apenas ao consumo de determinada substância, nem está centrado na doença entendida como dependência química a ser abordada desde uma concepção biomédica. O cuidado que se desenha nessa fala está focado nas necessidades da usuária e não toma apenas a abstinência como meta. É possível verificar uma aproximação com a concepção da redução de danos (RD), quando se acena para a ampliação do acesso aos direitos e para os aspectos que estão associados com a vida dessas mulheres, em sentido amplo (Mayer 2010, Passos; Souza, 2011). Esta/te foi a/o única integrante da equipe que falou sobre a RD como um princípio de cuidado para quem usa drogas. A ausência da menção à RD nas falas de profissionais pode ser interpretada como um distanciamento da política de saúde proposta pelo Ministério da Saúde para pessoas que usam álcool e outras drogas que tem entre seus princípios a redução de danos.

Por iniciativa desta/e mesma/o trabalhadora/dor, acontece quinzenalmente um grupo de mútua ajuda para as presas usuárias de drogas, o Narcóticos Anônimos (NA). Segundo José Arantes, Livia Oliveira, Lígia Dualibi (2012), os grupos de mútua ajuda são amplamente difundidos na sociedade e estão direcionados para pessoas usuárias de drogas que desejam manter-se abstinentes. Os membros do NA são em sua maioria (ex)usuários que se encontram semanalmente em reuniões ocorridas em espaços vários tais como igrejas, centros comunitários, unidades básicas de saúde, entre outros. Na penitenciária, foi articulado por essa/esse trabalhadora/dor, que não participa efetivamente do grupo, mas divulga a atividade para as prisioneiras, coleta o nome das interessadas e passa para a equipe de segurança, que por sua vez viabiliza a ida das participantes ao espaço em que o grupo é realizado, uma sala dentro da própria instituição. O desenvolvimento do grupo é coordenado por integrantes

externos do NA que vão até a penitenciária para realizar a atividade. Ao perguntar sobre a intenção dessa parceria a/ao trabalhadora/dor, ela/ele falou:

“Eu fui atrás do NA porque eu achava que tinha que ter um espaço para possibilitar, mediar, acolher essas demandas. É claro, como eu te falei, que tem o acompanhamento individual, consulta com o psiquiatra, com a psicóloga, o contato com a escola, são espaços que daqui a pouco vão fortalecer essa mulher, mas que também possa ter esse espaço pra que ela possa dividir essa história entre iguais e conhecer os recursos que tem” (Participante 6).

Para este membro da equipe, o NA é mais uma alternativa de atenção para as mulheres usuárias de drogas. Não substitui outras formas de cuidado, como a articulação entre os setores internos da penitenciária e demais atendimentos da equipe de saúde, no entanto, é reconhecido como espaço potente para que as prisioneiras possam compartilhar suas experiências quanto ao consumo de drogas. Este é o único grupo externo que sistematicamente tem ido à instituição para prestar suporte às presas usuárias de drogas. No tempo em que estive na penitenciária, em nenhum momento constatei a presença de integrantes dos outros serviços de saúde do município, à exceção da Área Técnica de Atenção Básica à Saúde no Sistema Prisional da Secretaria Estadual Saúde, que desenvolveu projeto de matriciamento, por tempo determinado, em cujo tema ‘cuidado às pessoas que consomem drogas’ foi abordado.

Ao questionar esse ausência, foi-me dito que, à exceção do serviço hospitalar, o cuidado para as pessoas que usam drogas não é compartilhado com nenhum outro dispositivo da rede de saúde. O contato com os serviços da rede de saúde, quando ocorre, costuma resumir-se a ligações telefônicas solicitando informações sobre o uso de medicamentos por parte da prisioneira. Em algumas situações específicas há uma articulação junto a outros serviços e familiares, mas que não configura rotina. Integrantes da equipe mencionaram que, usualmente, a assistente social é responsável por essas articulações, não sendo este um trabalho compartilhado pela equipe. Os desafios de planejar e executar ações de cuidado em saúde para essas mulheres ficam, assim, como responsabilidade quase que exclusiva da equipe de saúde da penitenciária.

Nesta direção, apesar de haver um novo direcionamento para os modelos de atenção em saúde, que apontam para a construção de Redes de Atenção em Saúde (RAS), é possível verificar que a equipe de saúde vivência um sistema fragmentado de atenção à saúde, definido como um “conjunto de pontos de atenção em saúde, isolados e incomunicados uns dos outros,

e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (BRASIL, 2015, p.23).

Apesar de o cuidado em rede ter se evidenciado enquanto um desafio em diversos serviços de saúde, a equipe de saúde desta penitenciária pareceu sofrer os efeitos da condição de segregação à qual a instituição, e por consequências seus sujeitos, são submetidos. No que se refere ao cuidado com pessoas que usam drogas, sendo esta uma UBS, deveria haver pactuações com os outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para assim “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (BRASIL, 2011a).

Desta forma, considerando a política que institui as RAPS, esta UBS deveria estar articulada com outros serviços de saúde, como por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os serviços de atenção psicossocial especializados, como os Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad), para citar alguns (ibidem). A concepção do modelo de redes de atenção em saúde deveria organizar as práticas de cuidado das prisioneiras usuárias de drogas para, assim, garantir a integralidade do cuidado. A Política Nacional de Saúde para a População Privada de Liberdade também indica a utilização dos CAPS pela população prisional (BRASIL, 2014b). Em duas entrevistas realizadas, quando indaguei sobre a possibilidade de as presas frequentarem os CAPS ad, as/os trabalhadoras/res da saúde enfatizaram a sua inviabilidade. Idas até o serviço demandariam escolta, agentes penitenciárias para acompanhar, o que não tem sido possível, muitas vezes, nem para os atendimentos internos, tanto menos para a realização de saídas pontuais para outras consultas e exames.

É recorrente, como mencionei em discussões anteriores, que a identidade de prisioneira em muitas situações prevalece sobre a identidade de usuárias do SUS. Entretanto, se as prisioneiras são impossibilitadas de acessar outros dispositivos de cuidado em saúde, em razão da condição de privação de liberdade – e aqui é importante frisar que a privação tem se traduzido, em muitos casos, também em privação de direitos sociais –, outras estratégias poderiam ser desenvolvidas na direção de garantir o cuidado integral em saúde.

Apesar de no município haver equipes de NASF e serviços como os CAPS ad, a equipe da penitenciária não tem conseguido articular-se de forma sistemática com esses dispositivos, no intento de compartilhar o cuidado enquanto a prisioneira estiver na instituição e de construir formas de acompanhamento para quando ela tornar-se egressa do sistema, retornando ao território de origem. No tempo em que estive na instituição não presenciei

espaços de discussão de casos, de educação permanente ou de apoio matricial. Na inviabilidade das presas acessarem outros serviços da rede, conforme às suas necessidades, estratégias de matriciamento poderiam ser adotadas, tais quais: a realização de atendimentos em conjunto com a participação da equipe de saúde da penitenciária e de profissionais dos serviços especializados; em casos que houvesse necessidade os integrantes da equipe especializada poderiam atender a prisioneiras; por fim também seria possível que se instituísssem espaços de educação permanente e de discussão de caso entre as equipes. (GASTÃO CAMPOS, ANA DOMITTI, 2007).

Como anteriormente exposto, nenhum outro serviço da rede de saúde do município, exceto a instituição hospitalar, realiza o atendimento das presas, e sobre esse dispositivo algumas reflexões ainda podem ser tecidas. Segundo o que foi mencionado pela equipe de saúde nas entrevistas, a internação foi utilizada na penitenciária, quando havia o projeto “cela limpa”, encerrado há aproximadamente dois anos. Na vigência desse projeto a prisioneira, quando retornava da desintoxicação realizada no hospital, não voltava para sua galeria de origem; ela era alocada em uma nova cela denominada “cela limpa”. Esta nomenclatura estaria relacionada com o fato de não circularem drogas nesse espaço. Tal mudança era proposta no intuito de que a mulher não retomasse o contato com o comércio e o consumo de drogas na galeria de origem. Uma/um trabalhadora/dor relata:

“Nós fomos pioneiras nesse projeto e a gente percebeu que ficar numa cela [“limpa”] trancada era sofrimento. Ela não podia circular nem trabalhar. Por que na circulação normalmente é que tem a droga, então se fazia trabalhos na cela ou aqui na UBS só que isso para a ansiedade delas exigia muito mais. Elas precisavam sair, precisavam fazer isso todos os dias, pra dar trabalhinho, pra fazer alguma oficina [...] então ao gente viu que elas pararam de vir e as que foram [para essas celas] começaram a dar problema: “não quero mais ficar, não quero mais tomar remédio, pode me dar o termo que eu assino.” Isso começou a virar rotina. Ela era convicta de que estava sendo prejudicial para ela ir para a cela limpa. Ela ganhava de não ter acesso a droga mas ela estava presa duas vezes” (Participante 2).

O projeto da cela limpa permite visualizar a crença de que para “tratar” e “cuidar”, pode ser necessário prender. Isolar as pessoas usuárias de drogas é considerado, nesse contexto, uma medida protetiva. Para Nunes et al. (2010, p.16) :

Historicamente o tratamento de pessoas que usam drogas esteve pautado na lógica da criminalização, da infração... as intervenções sempre foram médico centradas tendo o isolamento e a segregação, por meio da internação, como única possibilidade de intervenção. Todas essas lógicas partem da premissa da abstinência.

O projeto propunha manter as usuárias em um local ‘livre’ de drogas, a fim de garantir que elas permanecessem abstinentes. Este parecia ser o principal esforço da equipe de saúde e a “internação”, nesse caso, ocorria em uma cela dentro da própria instituição prisional. É interessante refletir que, ao mesmo tempo em que se reconhece o uso de drogas como uma doença e se propõe um espaço diferenciado para essas mulheres, na direção de produzir um “cuidado em saúde”, nega-se o acesso a outros direitos como o trabalho e a educação, por exemplo. Entretanto, como acaba reconhecendo a/o integrante da equipe, a prisioneira estaria presa duas vezes, provável motivo da desativação do projeto “cela limpa”.

Nesse trecho da entrevista, ainda pode-se destacar a compreensão de que outras ações como oficinas, por exemplo, poderiam ser ofertadas juntamente ao espaço livre de drogas e à administração de medicações. Entretanto, segundo a/o trabalhadora/dor, a demanda de tarefas da UBS não cedia espaço para que outras atividades fossem realizadas. Ana Carolina Simoni et al.(2014) afirma que algumas práticas de atenção em saúde reafirmam a centralidade do tratamento focado na doença e no desejo de promover a adaptação dos indivíduos a modos de viver “mais adequados”, eliminando o consumo de certas substâncias psicoativas a todo o custo. Para a autora estas questões têm se apresentado como um impasse para a promoção da cidadania e da integralidade de atenção no cuidado das pessoas que usam drogas. Tais desafios podem ser visualizados na experiência relatada sobre a cela limpa, que (re)produz esses impasses no contexto da instituição. Com o projeto desativado, a desintoxicação tem sido empreendida, na maioria das vezes, na própria instituição.

Não foram poucas as entrevistas em que as/os trabalhadoras/res denotam a expectativa de se revitalizar o projeto da cela limpa, agora nos moldes do projeto galeria limpa, como o implementado em outro presídio da mesma cidade. Neste presídio a galeria limpa é o espaço onde os prisioneiros permanecem ao retornar da internação hospitalar em que realizaram a desintoxicação. Tive oportunidade de conversar com algumas/uns integrantes da equipe que, além de trabalhar nesta penitenciária, também atuam no presídio no qual esse projeto tem funcionado. Perguntei a uma/um das/dos entrevistadas/dos, como é que transforma uma galeria em uma galeria limpa, e ela/ele respondeu:

“Primeiro dar condições dignas, pintar a galeria, dedetizar, tirar inseto, disponibilizar uma biblioteca mínima pra eles terem acesso, disponibilizar uma televisão, uma sala de convivência, pra que seja um ambiente mais digno e melhor do que eles tinham antes pra estimular que eles fiquem ali, porque se eu colocar numa galeria como a que eles estavam antes, suja, imunda, com baratas, então eu volto lá pra minha galeria, então tem que ofertar

uma coisa melhor. Tem que por uma equipe que faça um trabalho com esses pacientes, pra que eles não fiquem ociosos andando de um lado para o outro fumando cigarro como eles ficam na galeria, é palheiro e palheiro e palheiro, andando de um lado para outro, usando drogas. Então que vá um grupo de espiritualidade, tem que ter uma agenda, segunda de manhã tem o pessoal do grupo espírita, aí vai lá para conversar com eles, fazer orações, terça de tarde vem o professor educação física aí vai ali joga uma bola faz uma atividade ou outra, pra que eles tenham uma rotina mais saudável dentro da galeria e, claro, evitar a entrada de telefones, de drogas obviamente, tem que ter todas essas condições pra ser uma galeria limpa” (Participante 10).

Nesta fala é possível aferir que o que se entende como cuidado para quem usa drogas não se restringe ao uso de medicação. Aliás, o uso de medicações nem foi mencionado nessa resposta à pergunta sobre o projeto da galeria limpa. Esta galeria é pensada como um espaço salubre, no qual se desenvolvem atividades de lazer, acompanhamento psicossocial e espiritual, que prevê melhores condições para receber as famílias dos prisioneiros, entre outras coisas. Ao refletir sobre essa fala, penso: essas não deveriam ser as condições existentes em todos os espaços prisionais?

Nesse presídio a internação hospitalar tem uma grande fila de espera, muitos prisioneiros querem participar do projeto. Será que é pelo desejo de parar de usar drogas, ou pela possibilidade de garantia de direitos que a existência dessa galeria representa? Tive a oportunidade de conversar com uma pessoa que permaneceu presa nessa instituição, o que permitiu outro olhar sobre a dinâmica do presídio e da galeria. Ela conta que na galeria em foco seguem circulando drogas e celulares, porém em menor quantidade, e que a grande procura para estar nessa galeria deve-se a sua configuração que, no contexto da privação de liberdade dessa instituição, ameniza as dificuldades da tarefa de (sobre)viver.

Hoje essa experiência da galeria limpa enfrenta outro desafio que diz respeito à permanência dos prisioneiros. Ficarão lá até terminarem suas penas? Ou serão realocadas para as galerias tradicionais? Se forem realocados voltarão a estar expostos a um contexto no qual há maior circulação de drogas, como também perderão o acompanhamento oferecido pela equipe diferenciada que atua nessa galeria, além dos direitos mínimos aos quais todos deveriam ter acesso.

Isto posto, o projeto que dá condições de existência a essa galeria pode ser reconhecido como um avanço no cuidado para quem usa drogas? Sim e não... Acredito que sim, principalmente no que tange à garantia de condições mínimas de vida e de direitos no

contexto da prisão. Mas também se podem forçar alguns tensionamentos, considerando sua existência: para sujeitos que não querem ou não desejam parar com o uso de drogas que práticas de cuidado são propostas? E para aqueles que não conseguem vaga na galeria limpa?

Nesse projeto é possível constatar a imposição da abstinência para que se obtenha acesso ao cuidado em saúde. Sobre isso é possível afirmar que a equipe de saúde, ao desejar a implantação da galeria limpa na penitenciária aqui estudada, reproduz em seu discurso o paradigma da abstinência. Passos e Sousa (2011) evidenciam que esse paradigma coloca a abstinência no centro das ações de cuidado direcionadas às pessoas que usam drogas. É importante destacar, ainda seguindo as reflexões desses autores, que romper com o paradigma da abstinência não é de forma alguma negá-la como uma das possibilidades para o cuidado; significa, sim, assumir que ela não pode ser imposta como condição de acesso para a pessoa que busca o cuidado em saúde.

Diante do discutido até aqui é possível afirmar que via de regra os membros da equipe de saúde são interpelados por diferentes discursos sobre o consumo de drogas e o cuidado para as pessoas usuárias. Há algumas aproximações com a diretriz da redução de danos, porém, restritas a concepções e a práticas individuais. No processo de trabalho da equipe de saúde, de forma prevalente, a perspectiva biomédica segue dando sustentação ao saber-fazer dessas/es profissionais e, nesse contexto, o consumo de drogas é entendido e abordado como uma doença - a dependência química - que necessita de tratamento; no contexto do presídio investigado, esse tratamento se restringe praticamente ao uso de medicamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do mestrado foi para mim uma experiência que desacomodou, marcou e transformou. Não somente pelo processo do mestrado, que por si só é causador de tais movimentos, mas pelo fato de ter desenvolvido esse estudo em uma instituição penitenciária. Estar *dentro* dos muros da prisão foi uma experiência que atravessou meu corpo por inteiro: desestruturou, desestabilizou... Pode uma pesquisadora ser tomada por tais sentimentos? E como fica a distância necessária entre o objeto de pesquisa e a pesquisadora, tão indispensável para a produção da “ciência”? De antemão, explicitarei que não pretendia assumir a neutralidade tão enfatizada como necessidade no fazer pesquisa que ainda prevalece na área da saúde; assim, e desde o início, esta foi uma produção de conhecimento interessada. Essa dimensão interessada está inscrita na escolha do tema, nas questões elaboradas, no referencial teórico-metodológico assumido, na forma como organizei e me inseri no trabalho de campo e na descrição e crítica que me foi possível nas análises realizadas. Porém, também não esperava eu ter-me “misturado” ao contexto na intensidade com que o fiz. Desta forma cabe alertar: esta é a produção acadêmica, possível para mim, de uma experiência que transbordou os limites da academia.

As identidades de pesquisadora e acadêmica são novas para mim e tornaram-se, em muitos momentos, incômodas. Nessa caminhada havia um lugar de chegada estabelecido, uma meta final: a produção desta dissertação. Entretanto, neste percurso busquei outros sentidos para significar tal experiência. Precisei de alguma forma viver um pouco a instituição prisional para poder refletir e produzir conhecimento sobre ela. Foi assim que, voluntariamente, no decorrer de oito meses, acabei por desenvolver um trabalho junto às prisioneiras e seus filhos na Unidade Materno-Infantil da penitenciária. Nos últimos dois meses somaram-se a isso as idas até a instituição para realizar as observações e entrevistas junto à equipe de saúde. Neste período, cheguei a permanecer cinco turnos por semana em ‘campo’.

Assim me inseri e me movimentei na instituição estudada. Foi um período de tempo significativo e, aos poucos, conheci seus sujeitos e seus territórios. A compreensão de que a instituição penitenciária não é um território único e homogêneo despertou meu interesse por refletir a respeito de como ela se constitui território de saúde na interface entre saúde e segurança. Para que tal questionamento se tornasse pergunta de pesquisa foi preciso reconhecer que um território não se restringe a um espaço físico ou a uma delimitação geográfica. É, antes, um espaço constituído de diferentes sujeitos que, pelo processo de

territorialização, produz seus próprios territórios com diferentes significados, relações, regras e organização.

Com a instalação da Unidade Básica de Saúde na instituição prisional, a equipe de saúde passou a disputar um território, a impor seus saberes e suas práticas sobre outros ali vigentes até então. Esse é um processo no qual ocorrem distintos embates, assim como em que se produzem alianças. Há rotinas pactuadas com a equipe de segurança que são fundamentais para que as prisioneiras consigam acessar o serviço de saúde. Por exemplo: a presença de uma agente penitenciária na Unidade Básica de Saúde para realização dos atendimentos, assim como para que as mulheres possam ir até a UBS as agentes são fundamentais, pois cabe a elas permitir a circulação das presas na instituição.

Concernente ao processo de produção e reconfiguração de identidades, com a implementação da equipe de saúde na penitenciária, (re)afirma-se uma identidade que mulheres privadas de liberdade compartilham como cidadãs: a de sujeito de direitos e, neste caso, de pacientes e/ou usuárias do SUS. Entretanto, no cotidiano da instituição, essas identidades dificilmente se descolam da identidade social *prisioneira* e, assim, também, das identidades de criminosa e perigosa. Neste contexto, em que os territórios da saúde e da segurança se encontram, há momentos em que essas identidades conflitam, e parece que a de prisioneira prevalece sobre a de sujeito de direitos e usuária do SUS. Um exemplo pode ser visualizado na ocasião em que as presas não tiveram o direito de acessar o serviço de saúde em razão de a UBS estar com as *portas fechadas* pela falta de agentes penitenciárias.

Na perspectiva dos membros da equipe de saúde, ser uma/um trabalhadora/dor da área implica em assumir a identidade de alguém que está ali para garantir um direito, para prestar o cuidado em saúde para as prisioneiras, o que difere das funções atribuídas à equipe de segurança, por exemplo. Já as agentes penitenciárias são investidas de uma dupla, e nem sempre harmônica, função: a de controlar e punir e a de ressocializar, o que demarca diferentes identidades que as interpelam. No cotidiano da prisão cabe a elas possibilitar que as presas consigam acessar seus direitos, entre eles a saúde, e também manter seu controle e vigilância. Nos momentos em que a UBS permanece fechada, como nos finais de semana ou após as 17hs, cabe a elas acolher as demandas de saúde das mulheres encarceradas e avaliar a necessidade de deslocar-se até um serviço de saúde externo à instituição.

A pesquisa realizada permite dizer que, com a implementação da equipe de saúde e da UBS, parece ter havido uma ampliação significativa do acesso a algumas práticas assistenciais e a cuidados como a prescrição e disponibilização de medicamentos, a realização de exames preventivos e de diagnósticos, o acompanhamento de doenças crônicas, a realização de pré-

natal com todas as mulheres gestantes, a testagem e o tratamento para tuberculose e HIV, para citar algumas.

Também foi possível entender que a organização do processo de trabalho da equipe de saúde é transversalizada pelos desafios vivenciados em muitas Unidades Básicas de Saúde, inclusive naquelas fora de instituições prisionais. Entretanto, nesta UBS específica, os atendimentos seguem a lógica de pronto atendimento, ou seja, as prisioneiras, para serem atendidas no serviço, precisam referir sintomas que estejam relacionados a alguma doença; as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde objetivam, em sua maior parte, a recuperação da saúde, algumas buscam a prevenção de doenças e poucas estão relacionadas com a promoção da saúde; e, por fim, prescrever e ministrar medicações constitui-se como a mais importante modalidade de cuidado. Todas essas são consequências do modelo biomédico que é hegemônico no campo da saúde e que tem sua ênfase na produção de diagnósticos e na prescrição de medicações.

Alguns membros da equipe de saúde demonstraram uma perspectiva crítica referente às ações de cuidado realizadas, reconhecendo que outras necessidades de saúde, não relacionadas aos sintomas patológicos de alguma doença, deveriam ser acolhidas pela equipe. Na mesma linha, algumas/uns profissionais têm reconhecido e acolhido tais necessidades, mas que constituem ações individuais. Por iniciativa de uma/um trabalhadora/o um grupo terapêutico tem sido realizado com as mulheres da galeria das “enfermas”, o que rompe com a hegemonia das práticas de cuidado na instituição ao não tomar por foco as patologias e seus sintomas.

Um fenômeno que impressiona nessa penitenciária é o consumo de psicofármacos pelas prisioneiras. Foi constatado que mais de 70% da população desta penitenciária utiliza essas medicações, em sua maioria ansiolíticos e antidepressivos. Esse uso parece ser associado, pela equipe de saúde, à necessidade de dá-las condições de suportar o sofrimento produzido pela privação de liberdade e pelas consequências de estarem em uma instituição prisional. Eu não esperava deparar-me com um consumo dessa magnitude, entretanto, com o curto tempo disponível para as análises do material empírico, não me foi possível aprofundar reflexões a respeito desse fenômeno. Reconheço, entretanto, a importância e ressalto a necessidade de estudos que explorem tal temática mais fundamentamente.

No que tange ao cuidado para as mulheres usuárias de drogas, a prescrição de medicamentos também se mostra como principal e às vezes única prática de cuidado implementada pela equipe de saúde. Na perspectiva explicitada pelas/los trabalhadoras/res,

nas entrevistas, as prisioneiras diminuiriam ou cessariam o uso de drogas em razão da baixa disponibilidade dessas substâncias no interior da penitenciária.

No que se refere ao trabalho em rede, com exceção de uma instituição hospitalar, a equipe de saúde não está articulada com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seja para que as presas frequentem os serviços especializados seja para que a equipe possa compartilhar a discussão de casos. Por iniciativa de uma/um integrante da equipe de saúde há um grupo externo dos Narcóticos Anônimos (NA) que realiza reuniões quinzenais com presas da instituição. Este é um grupo de mútua ajuda e é um dos poucos espaços em que as mulheres podem compartilhar coletivamente suas experiências referentes ao consumo de drogas.

Na fala de alguns membros da equipe é possível ver aproximações com os discursos da redução de danos, no sentido de não centralizar o cuidado na abstinência e promover ações que ampliem a efetividade de direitos. Entretanto, na maior parte das entrevistas, os membros da equipe exprimem a expectativa de que se construa na penitenciária uma “galeria limpa”. Este espaço seria destinado às prisioneiras que desejassem e/ou conseguissem manter-se sem usar drogas ilícitas, o que indica que o paradigma da abstinência segue bastante operante nessa equipe de saúde.

Por muitos aspectos, discutir o tema da saúde em uma instituição prisional foi, para mim, um grande desafio. Quem está privado de liberdade, está privado de ir e vir, de vestir-se como deseja, de comer aquilo que tem vontade, de relacionar-se com seus amigos e familiares, e está distante de suas redes e territórios. Somam-se a isso, ainda, as condições do sistema judiciário com a morosidade dos processos penais, as incertezas sobre suas condições legais, as péssimas condições físicas e estruturais das galerias, além da negação de acesso a outros direitos. Assim, não seriam as próprias prisões instituições produtoras do sofrimento e do adoecimento que nelas se evidenciam?

No decorrer desta caminhada, fui tomada por pensamentos não só divergentes como contraditórios: devemos defender que o sistema prisional cumpra com aquilo que dele se espera, qual seja, “ressocializar” e “reinserir” os sujeitos que cometeram “crimes”? Devemos lutar pela garantia de direitos das pessoas privadas de liberdade incluindo o acesso à saúde?

Se resposta a essas perguntas for sim, então subentende-se que a solução para o sistema prisional passa por qualificar as instituições, garantir que todas presas/os tenham uma cela limpa, uma cama, acesso ao trabalho, educação, lazer, garantias penais como progressão de pena, julgamento justo, etc. Particularmente, tendo a pensar que a minha resposta as perguntas feitas é sim e não. Sim, acredito que devam ser garantidos todos os direitos às

peessoas que hoje se encontram privadas de liberdade. Ao mesmo tempo afirmo que não, garantir direitos não é suficiente.

Se lutar por elas na perspectiva dos direitos humanos não é suficiente, devemos então investir na desconstrução desse sistema em busca da abolição das instituições prisionais? É pensável e dizível nos dias atuais viver em uma sociedade sem prisões? Passetti no texto *O carcereiro que há em nós*, afirma que “abolir a prisão é uma das coisas mais difíceis e quase impensáveis... é fundamental que existam as prisões... as pessoas não abrem mão disso, não abrem mão da prisão” (EDSON PASSETTI, 2013, p.167). Concordo com o autor que, enquanto sociedade, temos entendido e investido no encarceramento como solução para fenômenos complexos como a violência e as desigualdades sociais. Aos leitores deste trabalho, pergunto: vocês acreditam ser possível que vivamos em uma sociedade sem prisões?

Passetti (2013, p.167) sugere que, antes de pensarmos em uma sociedade sem prisões, é necessário pensarmos no carcereiro que há em cada um de nós; nesse sentido, o autor afirma que “a abolição interna do carcereiro é a condição também para você abolir o carcereiro da prisão”. Assim, entendo que não será possível abolir a instituição prisional se não começarmos por nós mesmos, em nossas práticas cotidianas. Destaco aqui o trabalho em saúde, pois é o campo em que tenho desenvolvido minha práxis. Na saúde, em especial no que diz respeito à atenção a saúde das pessoas que usam drogas, temos produzidos práticas travestidas de cuidado, mas que na realidade enquadram, tutelam e punem os sujeitos usuários. Na passagem do *sujeito criminoso* para o *sujeito doente* o carcereiro atualiza seu discurso, mas continua firme em sua prática punitiva. É preciso romper com as grades que seguem existindo no cuidado a pessoas que usam drogas, nas instituições prisionais e fora delas.

Acredito, ainda, que seja necessário debatermos profundamente os temas da descriminalização, regulamentação do consumo e comércio de todas as drogas. É preciso tencionar a política proibicionista de *Guerra às Drogas* que, se não tem alcançado o seu objetivo de produzir uma sociedade livre de drogas ilícitas, tem produzido efeitos significativos em parte da população socialmente vulnerável. Entre esses danos está o encarceramento em massa de pessoas que têm encontrado no comércio ilegal de drogas possibilidades de inserção no mercado de trabalho, de sair da invisibilidade social a que estão submetidos ou, simplesmente, de ter poder aquisitivo para adquirir bens de consumo.

Não existem soluções fáceis, nem pretendo aqui prescrever possíveis saídas. Sinalizo apenas algumas impressões que já me acompanhavam antes do ingresso no mestrado e que se intensificaram com e após essa experiência. Acredito, portanto, que seja necessário

construirmos uma sociedade menos desigual na qual seja garantido a todas as pessoas o acesso aos direitos sociais. Essa é uma dimensão intrínseca e indissociável da possibilidade de produzirmos uma sociedade mais saudável.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- ARANTES, José Carlos Marcondes; OLIVEIRA, Livia Faria Lopes dos Santos; DUALIBI, Lígia Bonacim. Grupos de mútua ajuda. In: RIBEIRO, Marcelo; ARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 468 – 482.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BARCINSKI, Mariana. Protagonismo e vitimização na trajetória de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 577-586, 2009.
- _____. Mulheres no tráfico de drogas: a criminalidade como estratégia de saída da invisibilidade social feminina. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 5, p. 52-61, 2012.
- BARCINSKI, Mariana; ALTENBERND, Bibiana; CAMPANI, Cristiane. Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p.2245-2254, Jan/Jul 2014.
- BATISTELLA, CARLOS. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (orgs.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.51-86.
- BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 1, n. 1, p. 7-11, 2005.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 575-586, 2012.
- BRAGATTO, Gabriele. **Saúde através das grades**: uma experiência na Unidade Básica de Saúde Madre Pelletier. 2013. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
- BRASIL. **Lei n.6.368**, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: 1976.
- _____. **Lei n. 7. 210**, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: 1988.

_____. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.

_____. **Lei n. 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 816**, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MS/MJ n. 1777**, de 9 de setembro de 2003. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2.197**, de 14 de outubro de 2004. Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.028**, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Lei n. 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Relatório Final de Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.

_____. Ministério Público Federal. **CPI do sistema carcerário**: relatório final. Brasília: MPF, 2008.

_____. **Decreto n. 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: 2010a.

_____. **Projeto de Lei n. 7663**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2010b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>>. Acesso em: 18 de abril. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Justiça. **Programa Crack, é possível vencer!** Brasília: Ministério da Justiça, 2011b. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>>. Acesso em: 28 de março. 2015.

_____. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária**. Brasília: Ministério da Justiça, 2011c. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnppc-1/anexos-cnppc/plano-politica-criminal-e-penitenciaria-2011.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial MJ/MS n. 1**, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2014b.

_____. Ministério da Justiça. **Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional**. Documento basilar para a

elaboração da Portaria Interministerial MJ/SPM n. 210/2014. Brasília: Ministério da Justiça, 2014c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

_____. Conselho Nacional de Justiça. **Regras de Bangkok**: Regras das Nações Unidas para o Tratamento de Mulheres Presas e Medidas Não Privativas de Liberdade para Mulheres Infratoras. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-46, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399 – 407, 2007.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica de 1990 a 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.605-618, set/dez 2007.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4643-4652, 2011.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DELMANTO, Júlio; MAGRI, Marco. O enfoque na mudança da mentalidade como arma para suplantar o proibicionismo. **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012. p. 67-74.

DHESCA. Plataforma de direitos humanos econômicos, sociais, culturais e ambientais. **Relatório de missão**: visita à Penitenciária Madre Pelletier em Porto Alegre, RS. Curitiba: Dhesca Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.dhescbrasil.org.br/attachments/349_Relat%C3%B3rio%20Porto%20Alegre.pdf>. Acesso em: 15de março. 2015.

ELBREDER, Márcia Fonsiet al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Pouso Alegre, v. 9, n.16, p.131–147, 2013.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRENTE ESTADUAL DROGAS E DIREITOS HUMANOS/ RS. **Carta de Solidariedade aos familiares das Vítimas da Comunidade Terapêutica Novos Horizontes de Arroio dos Ratos/RS**. Julho de 2016. Disponível em: <<https://www.facebook.com/367678260008791/photos/pcb.900511436725468/900511263392152/?type=3&theater>> Acesso em: 11 de setembro. 2016.

GOMES, Bruno Ramos; CAPPONI, Marília. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012. p.9-14.

GONDIM, Grácia et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al (org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 237-255.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

KANNENBERG, Vanessa. **Incêndio mata sete internos em clínica de reabilitação**. “Zero Hora”. Porto alegre, Rio Grande do Sul. Julho de 2016. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2016/07/incendio-mata-sete-internos-em-clinica-de-reabilitacao-6759838.html>> Acesso em: 10 de setembro. 2016.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. (Org.). **Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (Inpad)/ Unifesp, 2012.

LERMEN, Helena Salguero et al. Saúde no Cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. Conhecer, pesquisar, escrever. **Educação, Sociedade e Culturas**, Belo Horizonte, n25, p. 235- 245, 2007.

LUCCHESI, Roselma et al. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.4, p. 918 – 926.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS. Júlio Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 919-930, 2014.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, Araujo; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 57-76.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 87-98.

MATTOS, Ruben Araujo de. Cuidado Prudente para uma Vida Descente. In: PINHEIRO, Araujo; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 119-132.

MELLO, Daniela Canazaro. **Quem são as mulheres encarceradas?** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**. Brasília, n.10, p. 7-19, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, Cesar Rodrigues. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; Ed. Xamã; São Paulo, 1998. p. 103-120.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, Maurício, et al. Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al (org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 23-41.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.19-24, 2011.

MORAES, Sandra Mara Caetano. **Implantação do programa de abandono do tabagismo em uma UBS na Cidade de Goiás-GO**. 2014.18f. Projeto de Intervenção (Especialização em Saúde da Família – Programa Mais Médicos) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

NUNES, Deise Cardoso et al. “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In: : SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 15-26.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSETI, E. O Carcereiro que há em nós. In: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. **Entre Garantia de Direitos e Práticas Libertárias**. Porto Alegre: [s. ed.], 2013. p. 147 – 182.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu de Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências Humanas, Letras e Humanidades, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

_____. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2005. p. 13-33.

PORTO ALEGRE. **Projeto de Lei nº 090/13**. Institui a Política Municipal de Internação Compulsória de Dependentes Químicos e dá outras providências. Porto Alegre, 2013.

Disponível em:

http://200.169.19.94/processo_eletronico/010732013PLL/010732013PLL_PROJETO_51411720_1154.pdf

PRIBERAM. **Dicionário**. [recurso online]. Disponível em:

<<https://www.priberam.pt/dlpo/prisioneiro>> Acesso em: agosto de 2016.

QUITETE, Byankaet al. Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.29, n.2, p.43-47, 2012.

RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei n. 9.716**, de 7 de agosto de 1992. Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Porto Alegre: 1992.

_____. Assembleia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul 2009: garantias e violações dos direitos humanos**. Porto Alegre: Corag, 2009a.

_____. **Lei Complementar 13.259**. Dispõe sobre o Quadro Especial de Servidores Penitenciários do Estado do Rio Grande do Sul, da Superintendência dos Serviços Penitenciários – Susepe –, criado pela Lei nº 9.228, de 1º de fevereiro de 1991, e dá outras providências. Porto Alegre, 2009b.

_____. **Decreto n. 46.534**. Aprova o Regimento Disciplinar Penitenciário do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009c.

_____. Secretaria da Saúde. **Resolução n. 341/11** – CIB/RS. Porto Alegre: 2011.

_____. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Porto Alegre: 2013.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Portaria n. 503**, de 1º de julho de 2014. Institui a Política de Redução de Danos para o cuidado em álcool e outras drogas dentro das Políticas Estaduais de Atenção Básica, Saúde Mental e DST/AIDS e redefine as Composições de Redução de Danos. Porto Alegre: 2014.

ROCHA, Bruno Simas da; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3291-3330, 2013.

ROMANI, Oriol. **Las Drogas**: sueños y razones. Barcelona: Ariel, 1999.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*: Brasília, v.64, n.1, p. 84-90, Jan./Feb. 2011.

SCHMITT, Helen Bruggemann Buhn et al. **Políticas públicas e atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade** [recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Homepage**. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>> Acesso em 24 de março. 2016.

SILVA, Flávia Costa da. Redução de danos: campo de possibilidades para práticas não proibicionista em saúde. In: SANTOS, Loiva Maria De Boni (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, 2010. p. 177-188.

SILVA, Cláudio Jerônimo da. Critérios de diagnósticos e classificação. In: DIEHL, Alessandra et al. (org.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 89 – 97.

SILVA, Eroy Aparecida da. Intervenções Clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2012. p.35-42.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho. **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 51-68.

SILVA, Mabel Dias Jansen. **Posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas na política de redução de danos: uma análise cultural**. 2016. 107 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SIMONI, Ana Carolina Rios et al. Desinstitucionalização do cuidado nos dispositivos de saúde mental na Atenção Básica. FAGUNDES, Sandra Maria Sales et al. (Org.). **Atenção Básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual no SUS. Porto Alegre: Rede

Unida, 2014, p. 168 – 182.

SORDI, Anne Orgler; RODRIGUEZ, Vilma Cecília Rodriguez; KESSLER, Felix.

Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: DIEHL, Alessandra et al. (org.).

Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 180 – 189.

SUSEPE – Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Informativo do Trabalho Prisional**. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Susepe, 2013.

_____. Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Homepage**. Disponível em: <<http://www.susepe.rs.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. **Dados estatísticos da Penitenciária Feminina Madre Pelletier**. Outubro de 2016. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1476983733_penit%20feminina%20madre%20pelletier.pdf> Acesso em: 15 de outubro. 2016.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **Homepage**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>> Acesso em: 13 de marco. 2016.

UNODC - United Nations Office on Drugs na Crime. **Da coerção à coesão:** tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Nações Unidas, Nova York, 2010.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (org.). **Drogas e Cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41 – 64.

VASCONCELLOS, Ilmere Ramos Rosembach; ABREU, Ângela Maria Mendes; MAIA, Eveline de Lima. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VIDAL, Sérgio. A regulamentação do porte, cultivo e distribuição não comercial de cannabis sativa: um paradigma legal de redução de danos. In: Antonio Nery Filho et al. (org.). **Toxicomanias:** incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 61 – 96.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 457- 464, 2013.

WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa *Lazer e Saúde* da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.1, p. 191 – 203, 2014.

WOODWARD, Katrin. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. IN: Tomaz Tadeu SILVA (organizador). **Identidade e diferença** – a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000, p.7 – 72.

WOLFF, Maria Palma. **Mulheres e prisão:** a experiência do Observatório de Direitos Humanos da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. Porto Alegre: Dom Quixote, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Nome:

Idade:

Categoria Profissional:

Quanto tempo atua na saúde prisional:

Vínculo: () Prefeitura Municipal () Susepe

- Fale um pouco sobre a sua aproximação com a saúde prisional.
- Gostaria que você me descrevesse como é o seu dia típico de trabalho aqui na penitenciária.
- Gostaria que você me falasse um pouco sobre como é a relação com a equipe de segurança e os outros setores da instituição.
- E como é a relação com as mulheres privadas de liberdade?
- Quais são os espaços da penitenciária onde se dá a circulação da equipe de saúde, quais são os locais de atendimento?
- Você acredita que entre as presas existam mulheres que são usuárias de drogas? Existe situações onde elas buscam atendimento em razão do consumo dessas substâncias?
- Gostaria que você me contasse o que acontece quando uma mulher que é usuária de drogas chega à unidade buscando atendimento. Quais as propostas de tratamento que vocês oferecem?
- A partir de sua experiência, como vocês acessam outros serviços da rede (saúde, assistência) que possam ser necessários no atendimento das mulheres privadas de liberdade?
- Vocês tem alguma ação/ espaço de educação permanente onde a equipe de saúde para discutir questões sobre o cotidiano do trabalho?